FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — THÈSE N° — 272

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 27 Mai 1909, à 1 heure*

PAR

**Charles BUIZARD**

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne de la Maison départementale de la Seine
Médaille d'Honneur des Epidémies
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

## *Du Traitement chirurgical*

DE LA

# PERFORATION INTESTINALE TYPHIQUE

*Président :* M. QUÉNU, *professeur*

*Juges* { MM. THOINOT, *professeur*
BAR, *professeur*
CLAUDE, *agrégé*

***Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical***

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE, Éditeur
*15, rue Racine, 15*

1909

# Faculté de Médecine de Paris

| | |
|---|---|
| **LE DOYEN** | **M. LANDOUZY** |
| **PROFESSEURS** | MM. |
| **Anatomie** | NICOLAS |
| **Physiologie** | CH. RICHET |
| **Physique médicale** | GARIEL |
| **Chimie organique et Chimie générale** | GAUTIER |
| **Parasitologie et Histoire naturelle médicale** | BLANCHARD |
| **Pathologie et Thérapeutique générales** | BOUCHARD |
| **Pathologie médicale** | BRISSAUD<br>DEJERINE |
| **Pathologie chirurgicale** | LANNELONGUE |
| **Anatomie pathologique** | PIERRE MARIE |
| **Histologie** | PRENANT |
| **Opérations et appareils** | HARTMANN |
| **Pharmacologie et matière médicale** | POUCHET |
| **Thérapeutique** | GILBERT |
| **Hygiène** | CHANTEMESSE |
| **Médecine légale** | THOINOT |
| **Histoire de la médecine et de la chirurgie** | N... |
| **Pathologie expérimentale et comparée** | ROGER |
| **Clinique médicale** | HAYEM<br>DIEULAFOY<br>DEBOVE<br>LANDOUZY |
| **Maladies des enfants** | HUTINEL |
| **Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale** | GILBERT BALLET |
| **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques** | GAUCHER |
| **Clinique des maladies du système nerveux** | RAYMOND |
| **Clinique chirurgicale** | DELBET<br>QUENU<br>RECLUS<br>SEGOND |
| **Clinique ophtalmologique** | DE LAPERSONNE |
| **Clinique des maladies des voies urinaires** | ALBARRAN |
| **Clinique d'accouchements** | PINARD<br>BAR<br>RIBEMONT-DESSAIGNES |
| **Clinique gynécologique** | POZZI |
| **Clinique chirurgicale infantile** | KIRMISSON |
| **Clinique thérapeutique** | ALBERT ROBIN |

## Agrégés en exercice

**MM.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **AUVRAY** | **CUNEO** | **LAUNOIS** | **NOBECOURT** |
| **BALTHAZARD** | **DEMELIN** | **LECENE** | **OMBREDANNE** |
| **BRANCA** | **DESGREZ** | **LEGRY** | **POTOCKI** |
| **BEZANÇON (F.)** | **DUVAL (P.)** | **LENORMANT** | **PROUST** |
| **BRINDEAU** | **GOSSET** | **LOEPER** | **RENON** |
| **BROCA (A.)** | **GOUGET** | **MACAIGNE** | **RICHAUD** |
| **BRUMPT** | **JEANNIN** | **MAILLARD** | **RIEFFEL** |
| **CARNOT** | **JEANSELME** | **MARION** | **SICARD** |
| **CASTAIGNE** | **JOUSSET (A.)** | **MORESTIN** | **ZIMMERN** |
| **CLAUDE** | **LABBE (M.)** | **MULON** | |
| **COUVELAIRE** | **LANGLOIS** | **NICLOUX** | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

Chirurgien des Hôpitaux

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A LA MÉMOIRE DE

Monsieur le Professeur TERRIER, Chirurgien des Hôpitaux.
Monsieur le Professeur POIRIER, Chirurgien des Hôpitaux.

A

Monsieur le Docteur BELIN, Médecin des Hôpitaux.
Monsieur le Professeur CHAUFFARD, Médecin des Hôpitaux.
Monsieur le Docteur DUJARIER, Chirurgien des Hôpitaux.
Monsieur le Professeur agrégé GOSSET, Chirurgien des Hôpitaux.
Monsieur le Professeur agrégé LEPAGE, Accoucheur des Hôpitaux.
Monsieur le Docteur MICHAUX, Chirurgien des Hôpitaux.
Monsieur le Docteur MOUTARD-MARTIN, Médecin des Hôpitaux.
Monsieur le Docteur QUEYRAT, Médecin des Hôpitaux.
Monsieur le Docteur ROBINEAU, Chirurgien des Hôpitaux.
Monsieur le Professeur agrégé SCHWARTZ, Chirurgien des Hôpitaux.
Monsieur le Docteur REYMOND, Chirurgien de la Maison départementale de la Seine.
Monsieur le Docteur LAUGIER, Médecin de la Maison départementale de la Seine.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

ALGLAVE, BABONNEIX, CATHELIN,
RATHERY

# Du Traitement Chirurgical

DE LA

## Perforation intestinale typhique

---

### INTRODUCTION

Le traitement chirurgical de la perforation intestinale typhique présente à l'étude un intérêt d'autant plus grand, une importance d'autant plus considérable qu'il constitue le seul traitement qu'on puisse lui appliquer.

Depuis 1884, où Mikuliez fit la première de ces opérations, le nombre s'en est considérablement multiplié. Cependant, elles s'accompagnent toujours, malgré une amélioration progressive des résultats, d'une mortalité considérable. Les conclusions de la discussion de 1908 à la Société de Chirurgie laissaient même après elles une impression un peu décourageante.

Nous nous sommes demandé s'il n'était pas permis d'espérer des résultats meilleurs. Et nous avons cherché à établir comment il serait possible d'y arriver.

Toute méthode de traitement implique comme base essentielle, la connaissance exacte des diverses indications auxquelles elle doit répondre. Plus qu'ailleurs, dans la perforation intestinale typhique, une pareille étude s'imposait dès l'abord, en raison de la complexité du sujet.

Nous avons cherché dans l'analyse des multiples facteurs qui influent sur le pronostic, à établir quelle était leur importance respective sur les résultats, et dans quelles limites l'action du traitement pouvait s'exercer sur eux. Puis, reprenant le problème sous une autre face, nous avons cherché à dégager et à classer les causes de la mort après l'opération.

Des indications précises qu'une telle étude nous fournissait, il était alors facile, à la lumière des acquisitions les plus récentes de la chirurgie abdominale, de tirer, dans ses grandes lignes, une méthode de traitement logique et rationnelle.

Nous avons basé notre travail sur l'étude attentive des 664 cas d'opérations pour perforations intestinales typhiques recueillis par nous dans la littérature.

Parmi les nombreuses publications qui traitent de la question, les articles de langue anglaise, surtout américains, tiennent de beaucoup la place la plus importante. Nous avons eu, en particulier, à utiliser la conception si intéressante de Murphy dans le traitement chirurgical des péritonites purulentes généralisées, dont le dernier congrès des chirurgiens américains (mai 1908) avait montré toute la valeur.

## NOTRE STATISTIQUE

Nous avons réuni 664 cas d'opérations pour perforations intestinales typhiques. 74 cas présentent des renseignements insuffisants. Notre étude porte sur les 590 cas restants. Ils comprennent :

1° 532 cas de perforations complètes ouvertes en péritoine libre, et trouvées à l'opération ;

2° 16 cas dans lesquels l'escarre n'était pas encore complètement détachée, quoiqu'il y eut des signes de péritonite ;

3° 17 cas de péritonites localisées avec perforations ;

4° 25 cas dans lesquels la perforation ne fut pas trouvée à l'opération ; son existence étant démontrée par l'autopsie, ou par l'établissement immédiat d'une fistule stercorale.

Nous avons soigneusement évité, dans notre statistique, de reproduire sous plusieurs noms une même observation publiée dans des articles différents. C'est pourquoi nous avons classé nos observations d'après le nom de l'opérateur.

Pour répondre d'avance aux objections qu'on a l'habitude d'opposer aux travaux basés sur des statistiques, nous dirons tout d'abord que nous n'avons pas voulu seulement nous contenter des résultats brutaux fournis par les chiffres, et en tirer des conclusions absolues. C'est une méthode qui risque d'aboutir à des erreurs. Il est certain, par exemple, qu'un chirurgien a plus de tendance à publier un cas heureux qu'une mort ; et le pourcentage n'indique pas exactement la réalité des faits.

Il est juste, cependant, d'ajouter que plus le nombre de ceux-ci devient considérable, plus les chances d'erreurs peuvent arriver à se contre-balancer.

Nous avons surtout utilisé la masse des faits mis ainsi à notre disposition, pour y puiser les cas véritablement démonstratifs qui pouvaient servir à prouver la vérité des conclusions que la logique nous imposait. Il est tels cas, en effet, qui présentent la valeur de véritables expériences.

## FRÉQUENCE DE LA PERFORATION

La perforation de l'intestin constitue une complication extrêmement importante de la fièvre typhoïde. Car si elle se présente, en réalité, assez peu fréquemment parmi le nombre total des cas de dothiénenterie, elle occupe par contre une place singulièrement considérable dans le nombre des cas mortels. Ce sont là deux points qui doivent être envisagés séparément et qui bien souvent, dans les multiples statistiques apportées par les auteurs, ont été confondus.

### 1° *Fréquence générale*

Nous réunissons dans le tableau suivant les plus importantes statistiques sur ce point.

| | Fièvres typhoïdes | Perforation | o/o |
|---|---|---|---|
| Morin (thèse, 1869) | 3.516 | 230 | 6,54 |
| Murchison | 1.580 | 48 | 3,03 |
| Griesinger | 600 | 14 | 2,03 |
| Flint | 73 | 2 | 2,74 |
| Curschmann | 829 | 22 | 2,77 |
| Harte (*Annals of Surgery*, 1903), Montreal General Hospital | 932 | 34 | 3,66 |
| —*id.* Episcopal Hospital (Philadelphie) | 1.556 | 34 | 2,18 |
| Chantemesse (Société de Chirurgie, 1908) | 2.000 | 35 | 1,75 |
| H. Mackenzie (*Lancet*, 1903, Hôpitaux : Saint-Bartholomew's, Saint-Thomas, Middlesex, Charing-Cross) | 2.533 | 117 | 4,61 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hôpitaux : Brisbane, Royal Victoria, John's Hopkins ..... | 3.351 | 90 | 2,68 |
| Goodall (*Lancet*, 1904), Eastern Hospital (série de dix ans)..... | 1.921 | 96 | 4,99 |
| M. Manges (*Journal of the American Medical Association*, 1905), Mount Sinaï Hospital, New-York..... | 216 | 19 | 8,79 |
| J.-A. Scott (*N. Y. Medical Journal*, 1907), Pennsylvania Hospital, Philadelphie, de mai 1901 à octobre 1906. | 3.006 | 84 | 2,59 |
| En réunissant les diverses statistiques ..... | 22.113 | 825 | 3,73 |

Ce pourcentage de 3,73 correspond à celui donné par Broudic = 3,93 ; et à celui donné par Béros = 3,7.

Chez l'enfant, la proportion serait moindre, puisque Elsberg (réunissant les statistiques de Morse, Fitz et Holt), sur 1504 cas de fièvre typhoïde, ne trouve que 17 perforations, c'est-à-dire 1,2 0/0.

On peut donc conclure que la perforation intestinale se présente en moyenne 3 1/2 à 4 fois sur 100 cas de fièvre typhoïde.

Cependant, la fréquence serait moindre dans les cas traités simultanément par la méthode de Brand et le sérum de Chantemesse. Nous avons vu que la proportion des perforations dans les 2.000 cas soignés par lui ne serait que de 1,35 0/0.

### 2° *Fréquence dans les cas mortels*

Les chiffres apportés par les auteurs de langue anglaise sont, à ce point de vue, fort suggestifs. En reprenant les statistiques, citées plus haut, des hôpitaux anglais et américains, nous trouvons :

| | Fièvre typhoïde | Morts | Perforations | o/o des perforations par rapport aux morts |
|---|---|---|---|---|
| Saint-Bartholomew's, Saint-Thomas. Middlesex, Charing-Cross. | 2.533 | 340 | 117 | 34,41 |
| Brisbane, Royal Victoria, John's Hopkins. | 3.351 | 240 | 90 | 37,50 |
| Eastern ..... | 1.921 | 304 | 96 | 31,90 |
| Pennsylvania..... | 3.006 | 242 | 84 | 34,71 |
| En additionnant les cas..... | | | | |
| | 10.811 | 1.126 | 387 | 34,36 |

On voit ainsi qu'en moyenne une mort sur trois est due à la perforation. C'est un pourcentage beaucoup plus considérable qu'on ne le suppose habituellement. G. W. Long dit cependant qu'actuellement cette proportion semble être admise par tous les auteurs américains. C'est la proportion donnée par G. Al. Scott dans son travail de *University of Pennsylvania Medical Bulletin.* C'est l'opinion d'Osler ; et celui-ci ajoute même que le pourcentage est encore plus grand quand la mortalité par toxémie générale est moindre.

Taylor et Brooks admettent que 16 à 20.000 personnes meurent annuellement de perforation aux Etats-Unis ; Taylor basant son estimation sur le recensement et les rapports de l'Hôpital Maritime, et trouvant que 500.000 cas de fièvre typhoïde surviennent chaque année aux Etats-Unis, avec une mortalité générale d'environ 10 0/0. Pour Haggard aussi, 15 à 16.000 individus mourraient de perforation chaque année dans ce pays. Briggs, plus modeste, en évalue le nombre à 10.000.

La fréquence de la perforation serait cependant moindre dans les autres pays qu'en Amérique, Australie ou Angleterre. Murchison déjà, dans son tableau des cas de perforation par rapport aux décès typhoïdiques, le montre avec netteté :

| Observateurs | Autopsies | Perforations | o/o |
|---|---|---|---|
| 1° Anglais..... | 412 | 80 | 19,41 |
| 2° Français..... | 270 | 25 | 9,25 |
| 3° Allemands ..... | 1039 | 91 | 8,75 |

Qu'on admette que la fréquence de la perforation est variable suivant le pays ; suivant le « génie épidémique » ; suivant qu'il s'agit du début ou de la fin d'une épidémie ; ou encore, comme le dit Griesinger, suivant l'époque pendant laquelle évolue la fièvre typhoïde, il est, en tout cas, un fait absolument démontré : dans la mortalité typhoïdique, la perforation intestinale occupe à elle seule une place énorme. La multitude des publications, des discussions, qui se sont occupées de cette question de premier ordre dans le pronostic de la fièvre typhoïde, suffirait d'ailleurs, à défaut d'autres preuves, à en démontrer toute l'importance.

## CAUSES DE LA PERFORATION

1° *Cause anatomique.* — La perforation intestinale est due essentiellement à la nécrose de l'intestin. Celle-ci est le résultat de la thrombose des vaisseaux sanguins des follicules lymphatiques isolés ou agminés ; plus l'infiltration leucocytaire est intense, plus la lumière des petits vaisseaux s'infarcit de globules blancs qui stagnent, s'organisent, forment un thrombus, partiel d'abord, total ensuite, dont la nécrose est la conséquence. Lorsque cette nécrose n'intéresse pas la séreuse péritonéale, la chute de l'escarre se fait sans amener de perforation, s'accompagnant seulement parfois d'hémorragie ; si cette élimination ouvre la cavité péritonéale, la perforation intestinale est constituée. C'est là la vraie cause de la perforation.

2° *Causes occasionnelles.* — Il est évident cependant que la chute de l'escarre peut être influencée par des causes multiples.

Harte signale l'influence du *tympanisme.* Une *diarrhée profuse*, rebelle à toute médication, les *hémorragies intestinales*, qui, d'après M. Chantemesse, précèdent dans la moitié des cas l'apparition de la perforation, indiquent seulement l'intensité du processus ulcératif. Nous aurons d'ailleurs à en étudier plus loin la valeur, comme facteur du pronostic opératoire.

Nous ne passerons pas en revue toutes les raisons qu'on a pu incriminer comme causes occasionnelles de la perforation. Nous en trouvons noté quelques-unes dans un certain nombre de cas de notre statistique ; c'est à leur suite qu'apparaît brusquement le début clinique de la perforation.

La douleur de perforation survient après :

1° Alimentation :

*a*) Alimentation au début de la convalescence : Bell (39), Bichat (42), Elsberg (164) ;

*b*) Après un repas copieux, dans fièvre typhoïde ambulatoire : Fix. (185), Deaver (137) ;

*c*) Après avoir bu du café : O'Hara (506) ;

*d*) Après avoir pris un médicament : Mitchell (457) ;

2° Efforts :

*a*) En jouant au tennis : Allen (5) ;

*b*) En soulevant un seau : Mower-White (482) ;

*c*) Après un travail dur : Delore (147) ;

*d*) Effort de défécation : Courtney (98), Dubujadoux (151), Gerster (190), Hays (272), Loison (382), Sieur (576) ;

*e*) Après une miction : Thomas (611).

3° Lavement : Neff (499)

4° Purgatif : Kadjan (316), Quénu (532).

5° Bain : Cholzoff (93), Dubujadoux (152 et 155), Gosset (213), Mitchell (456).

On a incriminé ainsi l'*exploration trop brutale de l'abdomen*, les *mouvements violents*, la *présence de vers intestinaux*. Une recherche méthodique des œufs de bothriocéphales portant sur 100 malades avait permis à MM. Chantemesse et Rodriguez de conclure qu'il n'y avait aucune relation entre la présence dans l'intestin de ces parasites et la forme de la maladie, l'apparition de perforations, etc. Nous trouvons cependant dans notre statistique le cas d'Escher (169), où on retira de la portion d'intestin perforée deux ascaris et un petit morceau d'orange.

De tous ces faits, nous pouvons conclure en somme que *les seules causes occasionnelles importantes sont celles qui agissent mécaniquement sur l'intestin*, de quelque façon que ce soit.

Vincent, dans la discussion de la Société médicale des Hôpitaux du 8 février 1901, insistait pour qu'on prescrivît à ceux qui entourent les malades atteints de fièvre typhoïde les précautions les plus sévères, afin d'empêcher tout ce qui pourrait

amener la rupture de l'intestin par un effort intempestif ou par une contraction violente des muscles abdominaux. « J'ai la conviction, disait il, que c'est là une cause fréquente de cette redoutable complication. » Et Rendu était du même avis.

## CONSÉQUENCES DE LA PERFORATION

La perforation de l'intestin détermine le déversement brusque dans la cavité péritonéale du contenu intestinal si septique chez les typhiques.

Dans des cas rares, la perforation s'est faite plus lentement ; les réactions de résistance de l'organisme, moins affaiblies, avaient permis la formation d'adhérences protectrices. La cavité intestinale s'est ouverte à l'intérieur d'une véritable poche préformée. Mais ces cas de *péritonite localisée* se présentent bien peu fréquemment. Nous en trouvons 17 dans notre statistique sur 590 ; c'est-à-dire dans une proportion de moins de 3 0/0 (exactement 2,88).

Presque toujours, l'ouverture de l'intestin s'accompagne d'une *infection péritonéale généralisée*. La perforation se fait brusquement ; et dans ces péritoines d'infectés leucopémiques, les réactions de défense sont réduites au minimum ; les fausses membranes n'apparaissent que lentement et peu abondamment ; la voie reste libre à l'infection de la séreuse. Celle-ci d'ailleurs est massive ; il s'agit là de formes de péritonite suraiguë ou septique diffuse à évolution extrêmement rapide.

Nous n'insisterons pas sur les caractères anatomiques de cette péritonite. Les anses intestinales sont rouges et météorisées ; leur revêtement séreux est dépoli, poisseux, couvert de menues fausses membranes. Il existe dans le petit bassin, dans les flancs, un épanchement louche de sérosité sale d'odeur fétide ; épanchement parfois abondant, constitué rarement par un liquide nettement purulent. Il est habituellement mélangé de

gaz et de contenu intestinal, celui-ci d'autant plus considérable que la perforation est plus grande.

1° En tout cas, il est un premier point à retenir : *la péritonite généralisée est la règle, la péritonite localisée l'exception.*

2° De plus, dans ces formes, l'intensité de la résorption toxique est énorme ; l'organisme, déjà affaibli, du typhique est envahi de façon suraiguë par la toxi-infection d'origine péritonéale. D'où *l'importance d'un traitement aussi précoce que possible.*

3° Enfin, il est facile de comprendre que moins la surface d'absorption sera considérable, moins intense sera l'intoxication. La position couchée horizontalement du malade offre aux liquides septiques toute facilité pour envahir tous les recoins de la surface péritonéale ; la position assise tendra à les localiser dans le petit bassin. Nous aurons à revenir sur *l'importance de cette position dite de Fowler.*

## TRAITEMENT

### I. — *Traitement médical*

Que pourrait donc faire dans ces cas un traitement purement médical ? Interrompre les bains, mettre les malades dans l'immobilité absolue, paralyser leurs anses intestinales par de l'opium, etc ? Il n'empêcherait pas qu'il existe un trou dans la paroi de l'intestin par où se déversent continuellement dans la cavité péritonéale de nouvelles doses de liquide septique.

Lejars disait : « Ce sont des médications qui tuent par le temps qu'elles font perdre. »

Si certaines médications peuvent présenter une importance, ce n'est que comme adjuvants du traitement chirurgical.

### II. — *Traitement chirurgical. — Objections*

Toute perforation intestinale commande l'intervention chirurgicale.

On a pu cependant objecter à l'opération hâtive deux faits :

1° L'existence de perforations qui guérissent spontanément ;

2° L'existence de « fausses perforations ».

1. — *Guérison spontanée.* — Osler disait qu'il n'avait jamais vu guérir un seul cas de perforation sans opération.

Il existe cependant des faits bien prouvés où la perforation a guéri spontanément. D'Astros, en 1901, en rapportait un cas à la Société Médicale des Hôpitaux. La même année, Remlinger, de Constantinople, en citait un autre cas. Ne trouvons-nous pas dans notre statistique le cas curieux de Munro et Jackson ?

Un homme présente à la troisième semaine d'une fièvre typhoïde grave des symptômes typiques de perforation intestinale. Il refuse l'opération. Le cinquante-huitième jour de maladie, des signes de perforation apparaissent de nouveau. On l'opère. Et l'on trouve, en même temps que deux perforations récentes, une cicatrice sur l'iléon, qui était la signature de la première perforation qui avait guéri. On trouverait d'autres faits prouvant que la perforation intestinale peut guérir spontanément.

Mais, en réalité, il s'agit là de curiosités anatomiques. Il s'est formé une adhérence avec une autre anse intestinale, ou encore avec la paroi abdominale. L'épiploon est venu boucher le trou creusé par la perforation ; comme dans la pièce anatomique que M. Chantemesse présentait à la Société de Chirurgie, le 6 mai 1908. Ou encore, plus rarement, il se forme un anus artificiel réparable : ainsi, le cas survenu à la clinique du professeur Zimmermann, de Bâle, reproduit par Hœgler-Passavant, et dans la *Semaine médicale* du 30 septembre 1896. Il s'agissait d'une femme de trente-cinq ans, présentant une éventration consécutive à une laparotomie faite sept ans auparavant, et qui, au quatrième septénaire d'une fièvre typhoïde, fut prise brusquement de douleurs au niveau de sa hernie.

Après ulcération de celle-ci, on vit par l'ouverture l'intestin perforé en plusieurs points ; les matières sortaient presque en totalité par cet anus contre nature. La malade guérit.

Nous ne nous arrêterons pas à des faits si exceptionnels. On ne se base pas sur le hasard quand une vie humaine est en jeu !

II. — *Fausses perforations.* — Et si d'ailleurs il est possible, dans quelques cas, de constater anatomiquement des guérisons spontanées de perforations, n'est-on pas autorisé à suspecter bien des exemples de ces soi-disant guérisons, basés uniquement sur les indications de la clinique, quand le traitement chirurgical vient nous démontrer l'existence de « fausses perforations » ? Il s'agit de malades présentant toute la symptomatologie attribuée à la perforation intestinale. Le chirurgien opère : il n'y a ni perforation ni péritonite. La thèse de Blaire,

celle plus récente de Chauveau, les discussions de la Société de Chirurgie ont apporté un certain nombre de ces faits : cas de Rochard, Delorme, Alglave et Boisseau, Demoulin, Courtois-Suffit, Morestin, Mauclaire ; les dix-neuf cas de la statistique de Mitchell, de Philadelphie (*Pennsylvania Medical Journal*, janvier 1908), etc. Si la malade de Mauclaire mourut de collapsus six heures après l'intervention, si, sur les dix-neuf opérés de Mitchell, onze moururent (soit une proportion de 57 0/0, et qui paraît être une série bien désastreuse), les autres guérirent. Peut-on cependant refuser à un typhique dont l'intestin est perforé la seule chance de vie qui lui reste sous le prétexte que, malgré les signes cliniques, il peut ne pas avoir de perforation, et qu'alors l'opération lui fait courir des risques ? Il est si facile de compter les quelques cas de fausses perforations !

L'intervention chirurgicale reste la seule planche de salut pour des malades qui, abandonnés à eux-mêmes, meurent, dit Murchison, 95 fois sur 100. Et il est certainement au-dessous de l'effroyable vérité.

## HISTORIQUE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

En 1762, A. G. Richter, de Vienne, conseille le premier d'ouvrir et de drainer la cavité péritonéale dans les cas de péritonites suppurées généralisées. En 1816, Van Vrecken, de Paris, répète ce même conseil. En 1876, F. Kaiser, de Fribourg, réunit 15 cas de péritonites opérées jusqu'à ce moment : il s'agissait en majorité de péritonites localisées chez la femme.

En 1884, von Leyden, dans un rapport sur le traitement de la péritonite par perforation, lu devant le Congrès de Médecine interne, préconise l'intervention chirurgicale. Après avoir constaté les mauvais résultats obtenus par le traitement médical « je ne puis me retenir plus longtemps, dit-il, de vous signaler ce que j'ai depuis longtemps dans l'esprit : savoir, s'il ne serait pas possible de traiter la péritonite par l'opération. L'idée paraît assez rationnelle si l'on considère qu'une péritonite suppurée est tout à fait semblable à une pleurésie purulente ». Et il ajoute plus loin « je laisse aux chirurgiens le soin de décider quels résultats l'opération peut donner dans ces cas ; mais il est un fait certain, me semble-t-il, c'est qu'il y a là un champ de recherches fructueux ».

Les chirurgiens ne furent pas longs à suivre le conseil de Leyden. Cette même année 1884, Mickulicz, devant le LVII[e] Congrès des chirurgiens allemands, reprenant la liste des cas de péritonite opérés jusqu'alors, y ajoutait trois cas personnels. L'un de ceux-ci concernait une péritonite purulente généralisée consécutive à une perforation intestinale typhique ; le malade avait guéri.

En 1886, J.-C. Wilson, de Philadelphie, plaidant la cause de l'intervention chirurgicale, fait remarquer que « l'opération ou la mort sont les seules alternatives du malade ».

En 1887, Lücke et Küssmaul (de Strasbourg), Bartleet, Bontecou (de Troie, New-York), Morton publient des cas de perforations intestinales typhiques opérées.

En 1890, Louis, dans un article du *Progrès médical*, en réunit 11 cas, avec 2 guérisons. Tournier, dans la *Revue générale de Clinique*, reproduit ces chiffres et les commente.

Le premier cas opéré en France semble être celui rapporté par Barbe, dans sa thèse de 1895 (observation qui lui avait été communiquée par Termet, d'une malade opérée à Lariboisière).

Lejars, en 1896, apporte deux faits personnels et réunit vingt-cinq cas d'opérations, avec six guérisons.

C'est encore, en 1896, la thèse de Houzé. Puis, la communication de Monod à l'Académie de Médecine, et le mémoire de Monod et Vanverts dans la *Revue de Chirurgie* (mars 1897) avec 31 cas et 7 guérisons.

La même année 1897, Dieulafoy fait à l'Académie de Médecine sa communication sur l'intervention chirurgicale dans la péritonite typhique.

Depuis, les travaux se sont multipliés sur ce sujet ; le nombre en est considérable. Notons les statistiques de Keen (1898 et 1900), Finney (1900), Mauger (1900). Harte et Ashhurst (1903), Zésas (1904), etc.

## RÉSULTATS

Sur les 664 cas réunis par nous, d'opérations pour perforations intestinales typhiques, et dans lesquelles la perforation existait, nous trouvons :

Guérisons : 182 cas, soit 27,41 0/0 ;

Morts : 482 cas, soit 72,59 0/0.

Ces chiffres correspondent à ceux donnés dans les statistiques antérieures :

| | Opérat. | Guér. | Morts o/o | Guér. o/o |
|---|---|---|---|---|
| Abbe | 24 | 6 | 77,5 | 22,5 |
| Houzé | 28 | 6 | 78,3 | 21,7 |
| Monod et Vanverts | 27 | 5 | 81,5 | 19,5 |
| Guecelewitch et Wanach | 65 | 12 | 81,5 | 19,5 |
| Keen 1898 | 83 | 16 | 80,7 | 19,3 |
| Keen 1900 | 75 | 21 | 72,2 | 27,8 |
| Harvey Cushing | 11 | 5 | 54 | 46 |
| Mauger | 107 | 25 | 76,5 | 24,5 |
| Junqua | 100 | 26 | 74 | 26 |
| Pédarré | 54 | 19 | 65 | 35 |
| Hartmann | 113 | 25 | 77,9 | 22,1 |
| Cariès | 131 | 27 | 79,4 | 20,6 |
| Loison | 87 | 16 | 81,7 | 18,3 |
| Platt | 103 | 21 | 79,7 | 20,3 |
| Lejars | 25 | 6 | 76 | 24 |
| Elsberg | 289 | 75 | 74,1 | 25,9 |
| Harte et Ashhurst | 362 | 94 | 74,03 | 25,97 |
| Cazin | 358 | 107 | 70,11 | 29,88 |
| Zésas | 255 | 95 | 62,8 | 37,2 |

Autrement intéressante est la statistique quand on l'envisage, non plus globalement, mais d'après les *dates* auxquelles les opérations furent pratiquées.

| Années | Guérisons | Morts | Total |
|---|---|---|---|
| 1884 | 1 | 0 | 1 |
| 1885 | 0 | 2 | 2 |
| 1886 | 0 | 1 | 1 |
| 1887 | 0 | 3 | 3 |
| 1888 | 0 | 3 | 3 |
| 1889 | 1 | 3 | 4 |
| 1890 | 0 | 1 | 1 |
| 1891 | 1 | 8 | 9 |
| 1892 | 0 | 2 | 2 |
| 1893 | 1 | 5 | 6 |
| 1894 | 4 | 12 | 16 |
| 1895 | 5 | 16 | 21 |
| 1896 | 6 | 19 | 25 |
| 1897 | 3 | 14 | 17 |
| 1898 | 11 | 29 | 40 |
| 1899 | 6 | 50 | 56 |
| 1900 | 19 | 28 | 47 |
| 1901 | 16 | 36 | 52 |
| 1902 | 24 | 37 | 61 |
| 1903 | 27 | 61 | 88 |
| 1904 | 12 | 21 | 33 |
| 1905 | 8 | 15 | 23 |
| 1906 | 8 | 10 | 18 |
| 1907 | 0 | 6 | 6 |
| 1908 | 1 | 1 | 2 |

Total : 522 cas

Et en groupant ces chiffres par périodes de cinq années :

| Années | Guérisons | Morts | Total | Mortalité o/o |
|---|---|---|---|---|
| 1884-1889 | 1 | 9 | 10 | 90 |
| 1889-1894 | 3 | 19 | 22 | 86,36 |
| 1894-1899 | 29 | 90 | 119 | 75,63 |
| 1899-1904 | 92 | 212 | 304 | 69,73 |
| 1904-1909 | 29 | 53 | 82 | 64,63 |

Ces chiffres sont tout à fait caractéristiques. A mesure qu'on opère mieux et plus souvent, les résultats s'améliorent progressivement. Et c'est l'image de cette évolution si remarquable qu'a subie la chirurgie tout entière.

## SYMPTOMATOLOGIE

Une des conditions les plus importantes du succès dans le traitement chirurgical de la perforation typhique, est, comme nous le verrons, la précocité de l'intervention. Elle impose donc la nécessité de poser rapidement le diagnostic.

La symptomatologie de la perforation intestinale est souvent variable dans ses manifestations. C'est d'ailleurs une symptomatologie toute d'emprunt ; la perforation n'est caractérisée que par les signes d'irritation, d'infection péritonéale qu'elle détermine.

Dans sa forme classique, au cours d'une typhoïde moyenne, le tableau clinique se présente de la façon suivante. Brusquement, parfois à la suite d'un effort, de l'ingestion d'un verre de liquide, etc., une douleur violente éclate dans l'abdomen, habituellement à droite. Des phénomènes de collapsus apparaissent ; la face, les extrémités sont froides, pâles, couvertes de sueurs ; le visage est angoissé ; le pouls devient petit, fréquent ; la température souvent s'abaisse à ce moment ; le ventre est un peu rétracté, et présente de la défense musculaire. Puis le tableau de la péritonite s'établit : apparaissent des frissons, des nausées, des vomissements répétés, abondants, alimentaires, bilieux, puis porracés ; le facies devient péritonéal, se grippe, les yeux s'excavent ; la température s'élève ; les selles, les gaz se suppriment ; il y a de la rétention d'urine. La douleur s'est étendue à tout l'abdomen ; le ventre se ballonne ; la palpation, presque impossible à cause de l'extrême hyperesthésie de la paroi, montre une contracture musculaire exagérée. Le tympa-

nisme, généralisé, vient couvrir la matité hépatique. Parfois on peut noter un peu de matité dans les flancs, ou le long des arcades crurales ; décelant la présence de liquide que le toucher rectal ou vaginal peut aussi dépister. La respiration, à type thoracique, s'accélère, devient superficielle : la voix se casse ; le pouls devient misérable : les extrémités se cyanosent. La mort survient habituellement en deux à trois jours.

Certes, le tableau de la perforation ne se présente pas toujours aussi complet. A l'opposé de cette perforation qui s'établit avec fracas, il en existe qui surviennent d'une façon tout à fait latente. Chez un sujet profondément infecté, plongé dans un demi-coma, comme on en trouve dans les formes ataxo-adynamiques de la dothiénentérie, la perforation intestinale peut survenir sans attirer l'attention, et la péritonite se généraliser et tuer le malade sans que le diagnostic ait été posé.

Mais combien exceptionnels sont ces faits ! Et, d'ailleurs, il faut bien avouer que ce n'est pas chez ces malades, condamnés à une mort presque certaine par leur infection typhique, que l'importance d'un diagnostic précoce se fait surtout sentir.

Nous n'insisterons pas sur l'étude des symptômes, nous réservant d'en faire l'objet d'un travail ultérieur.

La symptomatologie de la perforation intestinale doit être divisée en deux catégories : 1° Les signes de début, les seuls intéressants dans l'espérance d'un diagnostic précoce ; 2° l'ensemble de tous les signes habituels d'une péritonite généralisée en pleine évolution.

Il n'existe pas, à vrai dire, un signe pathognomonique de la perforation. Mais, d'une façon habituelle, cependant, comme le dit justement Mauger, « elle se traduit, pour le clinicien qui veut bien la rechercher, par un symptôme évident et qui suffit, ou d'ordinaire par quelques symptômes ».

1° « La *douleur* survenant brusquement, disent Faisans et Flandin (Société médicale des Hôpitaux, décembre 1908), est le symptôme essentiel et qui suffit à lui seul à porter le diagnostic. » C'est aussi l'impression que nous gardons de la lecture de nos

observations. La grande majorité des auteurs lui reconnaît de même une importance de premier ordre : c'est l'opinion de Trousseau, Potain, Hagopoff, Keen, Finney, Cushing, Taylor, Shattuck, Briggs, Elsberg, Harte et Ashhurst, Haggard, etc. Pour Dieulafoy, cependant, la douleur aurait beaucoup moins de valeur.

Parfois, il y a eu durant le cours de la fièvre typhoïde des douleurs abdominales, en général légères, parfois plus marquées. La douleur brusque de perforation vient trancher nettement par son caractère de violence.

Pour Cushing, il y aurait souvent pendant plusieurs jours une douleur légère, nettement localisée, douleur de préperforation, et due à une inflammation localisée de la séreuse péritonéale. Puis tout à coup apparaît la douleur vive.

Souvent, la douleur survient, sans signes douloureux prémonitoires.

C'est une douleur habituellement violente, arrachant parfois des cris au malade, pouvant aller jusqu'à lui faire perdre connaissance ; sensation de déchirement interne, douleur en coup de poignard. Plus rarement moins vive, sous forme de coliques marquées.

C'est une douleur continue, avec des paroxysmes, et exaspérée par la pression.

Elle siège habituellement au début dans la fosse iliaque droite, ou au niveau de la région prévésicale, quelquefois même dans la région ombilicale. Elle peut s'irradier dans différentes directions, vers le rectum, plus souvent chez l'homme, vers la verge ou le testicule, ou même se localiser uniquement à ce niveau. Ces variétés de siège s'expliquent selon le point où se fait la perforation ; la fréquence plus grande dans la fosse iliaque droite par suite de la situation habituelle de la perforation sur la fin de l'iléon ; la douleur de la verge par l'accolement à la vessie de l'anse perforée.

D'abord localisée, la douleur se généralise rapidement à tout l'abdomen, suivant l'extension de la péritonite.

2° Des phénomènes de *shock*, de *collapsus* accompagnent la douleur. Keen rattache celle-ci au passage des matières fécales à travers la perforation, et le shock à cette douleur même : « Si le shock était dû à l'infection, dit-il, il débuterait léger et augmenterait avec l'infection ; bien au contraire, il est, à son début, très marqué et persiste avec une intensité plus ou moins grande. Se prendre le doigt dans une porte cause une douleur excessive, et cependant il n'y a pas d'infection. » La douleur et le collapsus concomitant ne paraissent-ils pas dus cependant à l'irritation violente de la séreuse brutalement surprise ?

Le collapsus peut être extrêmement marqué, le facies se grippe, les extrémités se refroidissent et se couvrent de sueurs visqueuses ; il peut même y avoir syncope.

Le plus habituellement, ce sont les *altérations du facies* qui existent seules ou prédominent. Elles prennent une valeur considérable pour le clinicien avisé parmi les signes de début de la perforation.

« L'expression de la figure, disent Harte et Ashhurst, est très importante. Presque au moment même de la perforation, se produit un changement distinct de l'expression, difficile à décrire mais aisément reconnaissable quand on l'a vu une fois. Ce n'est pas le facies péritonéal, qui touche de près au type hippocratique, mais une expression caractérisant nettement le shock de la perforation. C'est ce qu'en français on pourrait appeler un « abattement » de la physionomie, consistant en un affaiblissement général de l'expression. »

Cet air abattu, l'expression de souffrance du visage, un peu de pâleur, de tiraillement des traits, des yeux qui se cernent et se creusent, le nez qui se pince légèrement, toutes ces modifications du facies présentent une importance considérable.

3° La *rigidité musculaire* est précoce, rigidité involontaire, réflexe, non produite par la palpation. Elle vient signer l'atteinte du péritoine sous-jacent. Habituellement, au début elle se localise au niveau de la partie inférieure des muscles de la paroi abdominale antérieure, à droite surtout du muscle droit. Une

palpation très légère permet de constater que le muscle est rigide. Une palpation plus profonde détermine un mouvement de défense de la paroi plus marqué, plus étendu ; le ventre se raidit sous la main. Et la douleur, qui s'est exaspérée à la pression, amène une crispation involontaire de la face.

Très rapidement, on constate une légère submatité dans la fosse iliaque droite et à l'hypogastre.

Souvent, au niveau du point maximum de la douleur et de la rigidité musculaire, il existe de l'hyperesthésie cutanée.

4° Les *modifications du pouls*, enfin, constituent un signe précoce et à peu près constant. Les changements portent sur :

1° Sa fréquence. Le nombre des pulsations augmente brusquement ;

2° Sa qualité. La tension artérielle diminue, le pouls devient faible et dépressible.

Malherbe dans sa thèse, Lereboullet dans sa communication à l'Académie, insistent sur l'importance de ces modifications dans le diagnostic de la perforation. Tous les auteurs américains en signalent la valeur ; Briggs, en particulier, y attache une importance capitale ;

5° M. Chantemesse signale un autre symptôme. « Il est un autre signe, dit-il, assez précoce, qui n'est point signalé dans les livres et que j'ai vu apparaître souvent dans les cas de péritonite typhique ; il traduit la secousse subie par le système nerveux central : c'est l'*épilepsie spinale* provoquée surtout du côté de la lésion par le redressement brusque du pied sur la jambe. »

Les autres symptômes ont une valeur bien moins considérable, parce que, ou bien ils sont inconstants, ou ils se présentent plus ou moins tardivement, quand la péritonite est déjà en pleine évolution.

Les *modifications de la température* ont donné lieu à des discussions.

Dieulafoy admet que dans la majorité des cas il y a au moment de la perforation chute brusque de la température ;

et il lui attribue une grosse valeur. C'est aussi l'opinion de Keen, Hagopoff, Cushing, Harte, Zésas, etc.

Pour d'autres auteurs (Lereboullet, en particulier, qui s'appuie sur l'opinion de Guéneau de Mussy, Lorain, Griesinger, Homolle, Brouardel, Arnoult et Lemoine, Lejars, Monod, etc.), il y aurait plus souvent hyperthermie.

Peut-être pourrait-on admettre une chute plus ou moins marquée au début, suivie d'une ascension due à la péritonite ; et, comme Hagopoff, Harte le font remarquer, il est probable que les divergences qui existent sur ce point entre les différents auteurs tiennent en partie aux moments différents où l'on a pris la température.

Dans d'autres cas cependant, la perforation ne s'accompagne d'aucune modification de la température.

C'est donc un signe sur lequel on ne peut pas compter avec certitude.

D'après Sieur (Société de Chirurgie, 18 mars 1908), les *troubles vésicaux* seraient fréquents et précoces : ténesme vésical, miction pénible, douloureuse ; gêne fonctionnelle évidemment due à la propagation de l'inflammation péritonéale au petit bassin, ou à la situation de l'anse perforée.

Nous ne ferons que signaler les autres symptômes.

Les *modifications de la respiration* sont caractérisées :

*a*) Au début, par une accélération des mouvements respiratoires, et une diminution de leur ampleur ;

*b*) Puis, la respiration prend nettement le type thoracique et tardivement finit par devenir rapide et superficielle.

Il n'y a d'ailleurs souvent au début aucune modification.

Les *frissons* accompagnent souvent la perforation. Louis y attache une grande importance. Ils peuvent précéder la douleur de début.

Les *nausées et vomissements*, qui peuvent apparaître rapidement, surviennent habituellement tardivement.

L'*absence de selles et de gaz*, d'autant plus remarquable que le typhique a souvent de la diarrhée, ne peut se constater

qu'au bout de plusieurs heures. Pour Sieur, elle aurait une grande valeur.

Le *tympanisme abdominal* manque rarement.

La *disparition, partielle ou totale, de la matité hépatique*, présente, quand elle existe, une valeur diagnostique considérable.

Le *hoquet*, signe important pour Dieulafoy, est très tardif.

Notons le *bruit hydroaérique*, signalé par Levaschoff (de Kazan).

Tous les autres symptômes constatés sont *ceux qu'on peut rencontrer dans toute péritonite aiguë généralisée ; ils n'ont ici rien de particulier.*

L'*examen du sang* semblait enfin, complétant la symptomatologie clinique, devoir apporter un excellent appoint au diagnostic. Dans la majorité des cas, il se produirait rapidement une hyperleucocytose avec hyperpolynucléose ; Briggs la considère comme un symptôme excellent, d'autant qu'au cours de la fièvre typhoïde, la leucocytose est sensiblement au-dessous de la normale. « L'hyperleucocytose, dit-il, devient très marquée quand la péritonite commence à s'étendre et qu'elle n'est pas encore assez diffuse pour amener l'hypoleucocytose que l'on constate souvent dans la péritonite généralisée. » Malheureusement cette hyperleucocytose, quand elle se produit, est souvent tardive ; elle est d'ailleurs très inconstante et enfin peut dépendre d'une autre cause que la péritonite. On ne peut donc « lui attribuer qu'une importance secondaire au point de vue de l'intervention opératoire, puisque l'absence de la leucocytose ne donne pas le droit d'éliminer l'idée de perforation, et que, inversement, une augmentation du nombre des globules blancs du sang peut se produire sans que l'intestin soit perforé » (Cazin).

## DIAGNOSTIC

De cette rapide étude, on peut conclure en somme que de tous les symptômes indicateurs de la perforation intestinale, le plus constant et le plus fidèle est encore la douleur survenant brusquement. On doit y ajouter les modifications du facies et du pouls, la rigidité musculaire avec légère submatité de la fosse iliaque droite. L'association d'un ou de plusieurs des autres symptômes ne peut que venir aider à poser le diagnostic.

Ce n'est là, comme nous le disions plus haut, qu'une symptomatologie d'emprunt, venant marquer l'atteinte de la séreuse péritonéale. Or, l'ensemble des symptômes qui vient constituer ce syndrome péritonéal n'appartient pas seulement à la perforation intestinale typhique : d'autres causes peuvent en provoquer l'apparition :

En pratique, la perforation intestinale peut se produire dans deux sortes de cas bien différents :

1° Dans une fièvre typhoïde ambulatoire ;

2° Dans le cours d'une fièvre typhoïde nettement diagnostiquée.

### I. — *La fièvre typhoïde est méconnue*

Le diagnostic, dans ces cas, devra passer par plusieurs phases successives, et reconnaître :

a) *D'abord la péritonite.*

On aura ainsi à éliminer dans les deux sexes :

Les empoisonnements ;

Toutes les coliques abdominales violentes (hépatique, néphrétique, saturnine, etc.) ;

Les crises stomacales (tabes, ulcère, etc.) ;

L'étranglement herniaire ;

L'occlusion intestinale.

Chez la femme :

L'hématocèle rétro-utérine ;

La torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire, d'une salpingite, etc.

b) *La cause de la péritonite.*

Le premier diagnostic qui se présentera à l'esprit sera évidemment celui de l'appendicite.

Des perforations d'autres organes peuvent être aussi l'origine de la péritonite. Perforation de :

Un ulcère d'estomac ;

Un ulcère du duodénum ;

La vésicule biliaire infectée (dans la lithiase) ;

La vessie infectée ;

Des poches suppurées :

α) Foie (kyste hydatique) ;

β) Rein (pyonéphrose) ;

γ) Annexes (salpingite suppurée) ;

Ganglions mésentériques suppurés, etc.

c) *La cause de la perforation intestinale.*

Tuberculose, cancer, urémie, dysenterie, etc.

On devra toujours penser au typhus ambulatorius : la notion d'une épidémie, des symptômes de lassitude générale, de courbature, durant depuis quelque temps, une céphalalgie tenace, un peu de congestion des bases, quelques taches rosées sur l'abdomen permettraient de poser ce diagnostic.

Que le diagnostic vrai soit d'ailleurs méconnu, il n'y aura là que demi-mal, puisqu'en dehors des quelques causes (rares ou faciles à reconnaître) placées au début de notre simple énumération, l'intervention précoce s'impose dans tous les autres cas.

II. — *La fièvre typhoïde avait été diagnostiquée*

C'est le plus habituellement ce qui se produit.

*A.* — En pratique, le clinicien doit penser d'abord aux causes les plus fréquentes. En présence du syndrome péritonéal que nous avons décrit plus haut, trois diagnostics doivent par suite se présenter immédiatement à son esprit :

1° D'abord la perforation de l'intestin ;

2° L'appendicite ;

3° La perforation d'une cholécystite typhique suppurée.

Dans ce dernier cas, habituellement, la *cholécystite* existait déjà depuis quelques jours, marquée par la douleur spontanée au niveau de la vésicule, parfois intense et nettement exagérée par la pression localisée à ce niveau ; un peu de rigidité musculaire de la partie supérieure du droit ; un léger ictère ; quelques pigments biliaires dans les urines ; de la fièvre.

Quant à l'*appendicite*, on doit l'envisager à deux périodes : 1° dans le cours de la dothiénentérie, il s'agit habituellement de la perforation, d'une ulcération appendiculaire, semblable à celles qui se produisent sur l'iléon ;

2° Dans le décours de la typhoïde, il s'agit alors d'appendicites banales, paratyphoïdes, qui d'ailleurs peuvent elles aussi se perforer.

Qu'il s'agisse d'ailleurs de l'une ou l'autre de ces causes, le traitement n'est-il pas le même ? C'est à l'opération hâtive qu'on devra s'adresser. Qu'importe alors qu'il y ait eu un peu d'hésitation sur le diagnostic ?

S'il s'agit de la perforation d'une cholécystite, il n'y aura qu'à compléter l'intervention par un abouchement rapide de la vésicule à la paroi.

D'ailleurs, on pensera d'abord à une perforation de l'intestin, parce que c'est elle qui se présente le plus fréquemment.

Quant aux *péritonites par propagation* étudiées dans les thè-

ses de Laporte (Lyon, 1899), Roy (Paris, 1907), le diagnostic d'avec la péritonite par perforation est impossible à faire. Roy signale comme élément du diagnostic la persistance ou la disparition de la matité hépatique. Leur existence d'ailleurs est discutée ; niée même par Dieulafoy qui les rattache à une perforation de l'appendice ; opinion considérée comme trop absolue par Chantemesse. Il pourrait s'agir dans ces cas d'escarres sur le point de se détacher. Leur traitement est d'ailleurs aussi l'intervention chirurgicale précoce.

Dans ces cas, le fait le plus important est en somme la douleur brusque. Celle ci se présente encore dans la *rupture des muscles grands droits*. Mais celle-ci survient en général chez les typhiques très infectés, à la suite d'un effort, et s'accompagne d'une tuméfaction superficielle au niveau de ces muscles. D'ailleurs c'est une complication exceptionnelle. Et, dit Faisans, « il vaudrait mieux ignorer sa possibilité ; elle ne fait faire que des erreurs de diagnostic ».

*B.* — Si l'examen soigneux du malade permet de trouver habituellement, en cas de perforation, plusieurs des éléments principaux du syndrome péritonéal, aucun d'eux isolément n'est pathognomonique. Et il ne faudrait pas attribuer à chacun une valeur qu'il ne possède pas. Plusieurs de ces signes, en effet, sont susceptibles de se rencontrer dans la dothiénentérie.

1° La *douleur abdominale*, quand elle se présente avec ses caractères de brusquerie et de violence, est évidemment encore le symptôme le plus caractéristique. Cependant on peut encore constater des douleurs abdominales dans :

*a*) La cholécystite non perforée (nous avons vu plus haut ses caractères) ;

*b*) La thrombose iliaque : hypéresthésie dans l'aine et le long de la veine fémorale, avec œdème du membre inférieur ;

*c*) Certains cas de pneumonie ou de pleurésie ;

*d*) La distension de la vessie ;

*e*) La constipation rebelle.

2° Les *modifications du pouls* s'observent dans :

*a*) La myocardite ;

*b*) Les hémorragies intestinales.

3° La *chute brusque de la température* peut s'observer encore :

*a*) Au stade amphibole, où elle s'accompagne parfois de collapsus. Il est vrai que, dans ce cas, elle survient entre le fastigium et le déclin de la fièvre, au milieu d'une courbe thermique irrégulière ;

*b*) Dans la défervescence brusque bien étudiée par Jaccoud ; elle se présente sous deux formes : l'une à hypothermie brusque, sans oscillations descendantes préalables ; l'autre précédée d'une perturbation critique marquée par de l'hyperthermie, la veille ou l'avant-veille. D'ailleurs, « cette chute de la fièvre, dit Jaccoud, s'accompagne d'une transformation complète de l'habitus extérieur du malade ; la face reprend son expression habituelle, la langue se nettoie rapidement, l'amélioration est d'emblée notable » ;

*c*) A la suite de l'administration de bains froids (collapsus post-balnéaire, d'ailleurs de mauvais pronostic) ;

*d*) Dans les formes hépatiques de la typhoïde, décrites par Roger, et dues pour lui à de l'insuffisance du foie. Dans ces cas, l'hypothermie et les vomissements verdâtres qui l'accompagnent pourraient faire songer à une perforation intestinale ; mais le ventre est souple, et le pouls fort, contrastant avec les signes généraux graves ;

*e*) Après l'absorption de certains médicaments (digitale, le plus souvent quinine). Carville dans sa thèse, Le Gendre dans sa *Thérapeutique de la fièvre typhoïde*, signalent des abaissements thermiques considérables ;

*f*) Sous l'influence de certaines complications pulmonaires, de sudations excessives, de certaines diarrhées incoercibles ;

*g*) Sous l'action des hémorragies : menstruation, avortement, épistaxis.

Dans l'*hémorragie intestinale*, la chute de température manque

rarement. Si l'hémorragie, abondante, est externe, la chute s'explique rapidement. Mais si l'évacuation sanguine tarde à se produire, le diagnostic avec la perforation intestinale pourrait rester hésitant. « Wunderlich, Griesinger, Carville dans sa thèse sur la température dans la fièvre typhoïde, admettent que la température, après un abaissement primitif plus ou moins accentué, s'élève rapidement dans le cours des vingt-quatre heures suivantes. Dieulafoy exprime la même opinion.... Il y a, dans cette évolution, une fixité bien plus grande, bien plus nette, que dans la perforation où les oscillations thermiques sont si peu régulières. » (Mauger)

L'hémorragie intestinale peut s'accompagner de douleur, en général moins violente et plus éphémère que dans la perforation. Il n'y a pas de défense musculaire, pas de météorisme progressif, etc.

Pour Mac Crae, le meilleur moyen de faire le diagnostic est de faire l'examen du sang : dans l'hémorragie, on constate un abaissement marqué du taux de l'hémoglobine et du nombre des globules rouges. Cette recherche permettrait de ne pas attendre que le sang paraisse dans les selles.

4° Les *vomissements incoercibles* de la dothiénentérie peuvent simuler la perforation. (Variot, Société de Pédiâtrie.)

5° « Le *météorisme* exagéré s'accompagne parfois de hoquet. La coexistence de ces symptômes peut occasionner l'erreur ; les anses intestinales distendues effacent la matité hépatique, et l'on pense à la perforation. » (Mauger.)

*En résumé :*

1° On devra toujours penser au cours d'une fièvre typhoïde à la perforation de l'intestin ;

2° Les symptômes les plus précoces sont ceux que nous avons groupés sous le nom de syndrome péritonéal, avec la douleur brusque comme signe capital ;

3° Le diagnostic pourra être parfois difficile à affirmer. Mais comme l'intervention hâtive, en cas de perforation, constitue la seule chance de salut du malade ; dans le doute, on ne devra jamais s'abstenir.

## LES FACTEURS DU PRONOSTIC

Le pronostic opératoire de la perforation intestinale typhique dépend de facteurs multiples. Avant d'en étudier la valeur respective, nous devons nous rappeler que la perforation n'est qu'un accident survenant chez un malade dont tout l'organisme est déjà profondément atteint par une affection générale, dont le pronostic propre se surajoute à celui de la perforation. C'est là une notion élémentaire, mais capitale, que nous retrouverons à chaque instant.

L'étude doit donc envisager successivement deux catégories dans les facteurs du pronostic :

1° Les uns, dépendant du terrain sur lequel se produit la perforation : le typhique et sa typhoïde ;

2° Les autres, sous la dépendance immédiate de la perforation, et de la péritonite qu'elle détermine.

### I. — LE TERRAIN

#### A. — Le typhique

1° *Sexe.* — Dans 587 cas, le sexe était indiqué. Ils se répartissent ainsi :

| Sexe | Guérisons | Morts | Total | Mortalité o/o |
|---|---|---|---|---|
| Hommes..... | 125 | 354 | 479 | 73,90 |
| Femmes..... | 35 | 73 | 108 | 67,59 |

Ces chiffres mettent en évidence deux points :

*a*) La perforation est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. C'est d'ailleurs l'opinion admise, et les chiffres donnés par les auteurs confirment le fait. Harte admet comme proportion 4 perforations pour les hommes pour 1 chez les femmes ; Brondic, 5 pour 1. Nous trouvons :

| | |
|---|---|
| Hommes ..... | 79,90 |
| Femmes..... | 20,10 |

soit, en moyenne, 4 hommes pour 1 femme.

*b*) Le second point (qui nous intéresse seul), c'est que la mortalité opératoire est un peu moins considérable chez la femme que chez l'homme.

2° *Age*

| Age | Hommes | | | Femmes | | | Total | | | Mortalité o/o |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Guérisons | Morts | Total | Guérisons | Morts | Total | Guérisons | Morts | Total | |
| Au-dessous de 10 ans. | 11 | 6 | 17 | 7 | 9 | 16 | 18 | 15 | 33 | — 45,45 |
| 10-15 | 15 | 14 | 29 | 5 | 7 | 12 | 20 | 21 | 41 | — 51,21 |
| 15-20 | 16 | 57 | 73 | 2 | 7 | 9 | 18 | 64 | 82 | — 78,04 |
| 20-30 | 39 | 161 | 200 | 10 | 27 | 37 | 49 | 188 | 237 | — 79,28 |
| 30-40 | 27 | 68 | 95 | 8 | 12 | 20 | 35 | 80 | 115 | — 69,56 |
| 40-50 | 10 | 20 | 30 | 1 | 6 | 7 | 11 | 26 | 37 | — 70,29 |
| 50-60 | 1 | 6 | 7 | » | 2 | 2 | 1 | 8 | 9 | — 88,88 |
| 60-70 | » | » | » | » | 1 | 1 | » | 1 | 1 | —100 |
| | 119 | 332 | 451 | 33 | 71 | 104 | 152 | 403 | 555 | |

On voit nettement dans cette statistique que :

*a*) La fréquence de la perforation suit une courbe ascendante

pour redescendre ensuite ; le maximum étant de vingt à trente ans. La statistique plus détaillée que nous possédons nous montre même que la perforation se produit beaucoup plus entre vingt et vingt-cinq ans qu'entre vingt-cinq et trente. En effet, sur 237 cas, nous trouvons :

| | |
|---|---|
| De vingt à vingt-cinq ans | 150 cas |
| De vingt-cinq à trente ans | 87 cas |

A partir de cinquante ans, la perforation est très rare.

*b*) Dans le traitement opératoire de la perforation, c'est le jeune âge qui donne les meilleurs résultats. Le pronostic est moins favorable de vingt à trente ans. Il devient très mauvais à partir de cinquante ans.

## B. — La typhoïde

### 1° *Gravité de la fièvre typhoïde*

Sur ce point, malheureusement, les indications contenues dans bien des observations sont insuffisantes, et nous ne pouvons donner qu'un nombre restreint de chiffres. Ils suffiront cependant pour se rendre compte de l'influence de la forme de la typhoïde sur le pronostic opératoire.

| | Guérisons | Morts | Total | Mortalité o/o |
|---|---|---|---|---|
| Fièvre typhoïde modérée.. | 15 | 37 | 52 | 71,34 |
| Fièvre typhoïde grave..... | 14 | 53 | 67 | 79,10 |
| Fièvre typhoïde très grave. | 3 | 12 | 15 | 79,99 |

Il était aisé d'ailleurs de prévoir ces résultats. Un malade ayant en général d'autant plus de chances de mourir qu'il se trouve en plus mauvaise condition au moment d'une intervention, le fait ne pouvait que se vérifier dans une infection auss

grave que la dothiénentérie, pour une opération comme celle de la perforation intestinale. Nous aurons d'ailleurs plus loin à montrer le rôle capital que joue l'intoxication typhoïdique, parmi les causes de mort des opérés pour perforation intestinale typhique.

### 2° *Fièvre typhoïde ambulatoire*

La question de la perforation intestinale est intéressante à bien des titres.

D'abord au point de vue du diagnostic ; des symptômes péritonéaux survenant brusquement chez un individu qui vaque à ses occupations faisant plus souvent penser à une autre affection qu'à une perforation intestinale, une appendicite surtout.

Puis, parce que la perforation intestinale se présente fréquemment dans ces cas, où le sujet, ne se sentant qu'un peu de fatigue, une légère indisposition, continue à s'alimenter et à travailler. Les lésions intestinales n'en existent pas moins ; et brusquement, après un repas copieux (Deaver, 137, et Fix, 185), après un effort (Allen, 5), un travail dur (Delore, 147), en soulevant un seau (Mower-White, 482), la perforation survient.

Parmi les 590 cas sur lesquels nous possédons des renseignements, nous trouvons 64 cas de perforations survenues dans une fièvre typhoïde ambulatoire, c'est-à-dire dans 10, 84 0/0 de ces cas. Donc, un peu plus d'une fois sur dix environ, la perforation surviendrait dans une fièvre typhoïde ambulatoire.

Enfin, sur ces 64 cas, nous trouvons ;

| | |
|---|---|
| Guérisons..... | 23 |
| Morts..... | 41 |

Ou une mortalité de 64,06 0/0.

Le pronostic opératoire est donc meilleur dans ces cas ; ce qui est facile à comprendre, le sujet étant pris dans un état de bonne santé apparente, et son organisme étant à peine touché par l'intoxication typhoïdique.

### 3° *Epoque de la typhoïde où survient la perforation*

| Semaines | Guérisons | Morts | Total | Mortalité o/o |
|---|---|---|---|---|
| — | — | — | — | — |
| 1° semaine de maladie..... | 5 | 6 | 11 | 54,54 |
| 2e — ..... | 35 | 83 | 118 | 70,33 |
| 3e — ..... | 40 | 165 | 205 | 80.48 |
| 4e — ..... | 23 | 57 | 80 | 71,25 |
| 5e — ..... | 13 | 35 | 48 | 72,91 |
| 6e — ..... | 4 | 8 | 12 | 66,66 |
| Après la 6e semaine..... | 4 | 14 | 18 | 77,77 |
| | | Total | 492 | |

*a*) La perforation survient donc le plus souvent dans la 3e semaine de la fièvre typhoïde (41, 66 0/0 de la totalité des cas). C'est d'ailleurs l'opinion de tous les auteurs.

*b*) Les perforations survenues au début de la fièvre typhoïde présentent le pronostic le meilleur. La mortalité la plus considérable concerne les perforations survenues pendant le 3e septénaire et qui sont d'ailleurs les plus nombreuses. Pour les perforations plus tardives, le pronostic s'améliore. Notre statistique montre cependant une recrudescence de la mortalité après la 6e semaine. Il semble qu'on pourrait l'expliquer par ce fait que l'opération est pratiquée sur un organisme trop affaibli, par une très longue maladie.

### 4 *Rechute*

La perforation survint 46 fois au cours d'une rechute ; c'est-à-dire, sur 610 cas, dans une proportion de 7,54 0/0.

Dans ces 46 cas de perforation, il y eut :

Guérisons 25

Morts..... 21

ou une mortalité de 45,65 0/0. On voit donc que dans les cas, de perforation survenant au cours d'une rechute, le pronostic opératoire est favorable.

Sur ces 46 cas, 2 fois il s'agissait de perforation au cours d'une seconde rechute ; avec 2 guérisons (cas de Vincini et de Watson et Wittington). Dans le cas de Bogart, terminé par la mort, la perforation survint après une deuxième rechute, dans le quatrième mois de maladie. La mort fut d'ailleurs le résultat d'une obstruction intestinale par bride.

### 5° *Convalescence*

Onze fois, la perforation se produisit pendant la convalescence, avec 8 guérisons, et 3 morts.

La proportion par rapport au nombre total des cas est donc de 1,80 0/0. La mortalité est de 27,27 0/0.

Dans la statistique de Harte et Ashhurst, nous trouvons pour la première proportion, 3,12 0/0 ; et pour la mortalité, 36,6 0/0.

Si la perforation se présente donc assez rarement dans la convalescence de la typhoïde, par contre le pronostic opératoire à ce moment est des plus favorables.

### 6° *Hémorragies intestinales précédant la perforation*

Le processus ulcératif et nécrosant peut, nous l'avons vu, déterminer la production d'hémorragies intestinales précédant la perforation. Elles indiquent la gravité des lésions intestinales ; souvent répétées plusieurs jours, parfois très abondantes, elles sont suivies en général de près par la perforation, quand celle-ci se produit.

Nous trouvons noté dans nos observations 56 fois ces hémorragies, véritable signal d'alarme. Elles se produiraient donc dans un dixième des cas environ (exactement 9,18 0/0).

Dans ces 36 cas, il y eut 12 guérisons et 44 morts ; soit une mortalité de 78,57 0/0.

Les hémorragies intestinales précédant la perforation doivent donc constituer pour le chirurgien un symptôme pronostique grave.

## II. — L'INTESTIN

### 1° La perforation

#### A. — Escarres

Parfois, la perforation n'est pas encore complète ; mais le péritoine excessivement aminci, les quelques tissus gangrenés qui subsistent seulement pour fermer l'ulcération, ne constituent plus une barrière suffisante pour empêcher les microbes et les produits toxiques du contenu intestinal typhique de passer dans la cavité péritonéale : et c'est alors qu'apparaissent les signes de perforation. Mais on n'a pas ici cette infection massive qui suit l'écoulement abondant dans le péritoine de liquide fécaloïde, à travers un ou plusieurs orifices. Il s'agit d'une filtration lente, d'une infection progressive que le péritoine peut localiser par la production de fausses membranes ; ou qui, si elle se généralise, ne détermine en tout cas qu'une péritonite plus légère, et une atteinte beaucoup moins grave de l'état général.

Dans un cas, la chute de la portion gangrenée s'effectue d'un bloc, et une péritonite intense s'établit brusquement. Dans l'autre, l'élimination se fait petit à petit, et avant qu'elle soit complète, une péritonite moins grave s'établit progressivement.

Cette distinction, intéressante au point de vue anatomo-pathologique, présente, au point de vue des résultats opératoires, une importance considérable. Car le pronostic est beaucoup plus favorable quand on peut opérer dans ce stade « préperforatif ».

16 fois dans notre statitisque (soit une proportion de 2,5 à

3 0/0 en moyenne), on ne trouva à l'opération, avec une péritonite plus ou moins développée, que des ulcérations très menaçantes ou des zones nécrotiques. Sur ces 16 cas, il y eut :

10 guérisons,
6 morts,
Soit une mortalité de 37,50 0/0.

*Siège :*

1° 14 fois l'iléon avec :

α) 8 guérisons : Eliot (159), Fix (184), Hutchinson (306), Launay (332), Le Conte (362), Murphy (496), Stewart (596), Waring (643) ;

β) 5 morts : Carnabel (83), Le Conte (363), Lore (394), Lund et Shattuck (398), Mc Phedran (411) ;

2° 2 fois l'appendice, avec guérison : Deaver (137), Gerster (189) ;

3° 1 fois sur le côlon transverse avec mort : Harte (239). Dans ce dernier cas, il y avait eu une première intervention pour appendicite typhique dix-neuf jours auparavant.

La mort fut causée dans le cas de Carnabel par la prolongation et l'intensité de la fièvre typhoïde ; dans celui de McPhedran, par la production de deux nouvelles escarres, et la réapparition des phénomènes de péritonite.

### B. — Perforations complètes

Les différents caractères de ces perforations constituent autant de facteurs qui jouent un rôle important dans le pronostic opératoire.

1° *Nombre.* — Sur 555 cas où le nombre des perforations est indiqué, nous trouvons :

| | Guérisons | Morts | Total | Mortalité o/o |
|---|---|---|---|---|
| Perforations uniques | 138 | 348 | 486 | 71,60 |
| Perforations multiples | 16 | 53 | 69 | 76,81 |

C'est là le résultat global.

1° On en peut tirer une première conclusion ; c'est que la multiplicité des perforations est assez peu fréquente, puisqu'elle ne se présente que 69 fois sur 555 cas, c'est-à-dire environ dans 12 0/0 des cas (exactement 12,43). Ce chiffre se rapproche de ceux donnés dans les statistiques antérieures :

| Auteurs | Cas observés | Perforations uniques | Perforations multiples | Pourcentage de la multiplicité |
|---|---|---|---|---|
| Keen..... | 167 | 138 | 29 | 17,3 |
| Cariès..... | 131 | 114 | 17 | 12,9 |
| Mauger..... | 107 | 95 | 12 | 11,2 |
| Devie et Froment..... | 20 | 17 | 3 | 15. |

2° On voit, de plus, que le pronostic opératoire est plus mauvais quand les perforations sont multiples que quand la lésion est unique.

Ce fait se montre encore avec une même évidence si l'on considère les perforations qui siègent uniquement sur l'iléon.

| | Guérisons | Morts | Total | Mortalité o/o |
|---|---|---|---|---|
| Perforations uniques..... | 132 | 335 | 467 | 71,73 |
| Perforations multiples..... | 10 | 42 | 52 | 80,77 |

On comprend aisément ce résultat parce que l'écoulement de liquide septique dans le péritoine se fait en plus grande abondance et plus rapidement ; et aussi parce que la multiplicité des perforations est un obstacle à la localisation de la péritonite.

2° *Diamètre.* — Le diamètre des perforations, comme leur nombre, constitue un facteur important du pronostic opératoire.

Sur 159 cas, où le diamètre était indiqué dans notre statistique, nous trouvons :

| | Guérisons | Morts | Total | Mortalité o/o |
|---|---|---|---|---|
| | — | — | — | — |
| Au-dessous de 3 millimètres.... | 22 | 35 | 57 | 61,4 |
| Entre 3 et 12 millimètres..... | 21 | 46 | 67 | 68,65 |
| Au-dessus de 12 millimètres... | 10 | 25 | 35 | 71,42 |

Le pronostic est donc d'autant plus favorable que la perforation est plus petite. Et cela, en raison encore de l'écoulement moindre et moins rapide de liquide septique ; de la possibilité de localisation de la péritonite par de fausses membranes ; de la fermeture plus ou moins parfaite de la perforation par ces mêmes fausses membranes, ou par l'accolement de l'épiploon, d'un viscère voisin, etc. (ce qui pourrait constituer un mode de guérison spontanée) ; enfin parce qu'il est plus facile à l'opérateur de suturer rapidement et solidement une petite perforation qu'une grande. La suture d'une large perforation pouvant d'ailleurs diminuer assez le calibre de l'intestin pour amener des accidents d'obstruction au cours des matières.

3° *Siège.*

Les 555 cas où le siège de la perforation est indiqué se répartissent ainsi.

| Perforations | Guérisons | Morts | Total | Mortalité o/o |
|---|---|---|---|---|
| — | — | — | — | — |
| Uniquement sur l'iléon..... | 142 | 377 | 519 | 72,63 |
| Uniquement sur d'autres portions du tube intestinal..... | 6 | 20 | 26 | 76,92 |
| A la fois sur l'iléon et d'autres portions de l'intestin..... | 6 | 4 | 10 | 40 |

Premier point important : dans 93,51 0/0 des cas, la ou les perforations siègent uniquement sur l'iléon.

Si nous analysons maintenant le siège exact qu'elles occupent, nous trouvons sur 363 où il est indiqué :

| Siège | Guérison | Morts | Total | Pourcentage sur le nombre total des cas |
|---|---|---|---|---|
| Jusqu'à 30 cm. de la valvule..... | 69 | 188 | 257 | 70,79 |
| De 30 à 60 cm..... | 24 | 62 | 86 | 23,69 |
| De 60 à 90 cm..... | 3 | 11 | 14 | 3,85 |
| Au-dessus de 90 cm. | 2 | 4 | 6 | 1,65 |

Ces résultats sont intéressants au point de vue opératoire. Ils montrent, en effet, que les recherches du chirurgien devront porter d'abord sur la fin de l'iléon ; et que 9 fois sur 10, la perforation se trouvera dans les 60 derniers centimètres de l'iléon.

Le siège de la perforation présente encore une influence évidente sur le pronostic de l'intervention. Les perforations de l'iléon s'accompagnent d'une mortalité moins considérable que celles des autres portions du tractus intestinal : 72,63 0/0 contre 76,92. C'est là le résultat global.

Mais ces chiffres demandent à être analysés. Pour étudier l'influence que peut exercer sur le pronostic opératoire les perforations des diverses autres portions du tube intestinal il est évident que nous devrons éliminer les cas dans lesquels elles coexistent avec des perforations de l'iléon.

Nous trouvons alors sur 26 cas :

| Perforations sur : | Guérisons | Morts | Total | Mortalité o/o |
|---|---|---|---|---|
| Appendice..... | 2 | 6 | 8 | 75 |
| Cœcum et côlon ascendant..... | 2 | 5 | 7 | 71,42 |
| Côlon transverse..... | » | 3 | 3 | 100 |
| Côlon iléo-pelvien (anse sigmoïde). | » | 4 | 4 | 100 |
| Diverticule de Meckel..... | 2 | 2 | 4 | 50 |

En faisant abstraction des cas de perforation d'un diverticule de Meckel, lequel est plutôt une rareté, nous arrivons aux résultats :

| | |
|---|---|
| Guérisons..... | 4 |
| Morts..... | 18 |

Soit une mortalité de 81,81, à opposer à celle de 72,63 des perforations sur l'iléon.

Comme conclusions :

*a*) Les perforations du côlon transverse et celles du côlon iléo-pelvien ont un pronostic excessivement grave.

*b*) Les perforations du diverticule de Meckel ont un pronostic favorable.

*c*) Les perforations de l'appendice, comme celles du côlon ascendant, ont un pronostic se rapprochant d'une façon générale de celui des perforations de l'iléon. Il ne s'agit naturellement, en ce qui concerne l'appendice, que de cas de vraies perforations succédant à une ulcération typhique ; et non de cas d'appendicite banale paratyphoïde.

### 2° La paroi intestinale

L'état anatomique de la paroi intestinale présente au point de vue opératoire une importance considérable.

#### A. — *Au niveau de la perforation*

Des caractères que présente le pourtour de la perforation dépendent :

α) La facilité plus ou moins grande, ou même l'impossibilité, de pratiquer la suture ;

β) La solidité de cette suture.

Si la perforation s'est produite sur un follicule clos, de petite dimension, la perte de substance peut comprendre la presque totalité de ce follicule. La perforation est petite ; et le pourtour, à peine infiltré, offre aux fils de suture une paroi assez souple et solide.

Les conditions changent, s'il s'agit d'une plaque de Peyer étendue. L'anatomie pathologique nous apprend que l'infiltration de ces organes lymphoïdes aboutit à la formation de plaques dures ou de plaques molles ; ces dernières étant les plus communes (Louis. Barth. Bretonneau. Murchison). L'infiltration dépasse les limites des plaques atteintes, et s'étend plus ou moins loin à la paroi intestinale voisine. Dans ces cas, la perte de substance, comprenant tout ou partie de la plaque atteinte, est en général assez grande. De plus, le chirurgien qui voudra suturer se trouvera en présence d'une paroi indurée et rigide sur une assez grande étendue, et impossible à plisser : ou d'une paroi épaissie, œdématiée, friable, et qui se laissera très facilement couper par les fils.

Pour passer ces fils en tissu sain, il lui faudrait déterminer un rétrécissement considérable de l'intestin. Ces phénomènes seront d'autant plus marqués que la plaque sera plus étendue, et l'infiltration plus considérable. Et le résultat sera, ou l'impossibilité de pratiquer la suture, ou une suture peu solide et ne pouvant donner aucune sécurité.

C'est dans ces cas (nous le verrons) qu'on a pratiqué des greffes ou fait un anus artificiel.

### B. — *Sur l'anse perforée*

Dans les cas les plus simples, le processus ulcératif n'atteint qu'un nombre minime de plaques de Peyer.

Dans certains cas, par contre, tous les organes lymphoïdes, sur une longueur d'intestin plus ou moins considérable, sont altérés. Les ulcérations sont presque confluentes; et la paroi intestinale, si largement ulcérée, peut être « réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier ». Toute suture, dans ces cas, devient impossible à faire; et les chances de nouvelle perforation poussées au maximum.

Il existe une foule de cas intermédiaires, dans lesquels, à côté

de la perforation, apparaît une ou plusieurs ulcérations menaçantes, que le devoir du chirurgien est de renforcer.

C. — Enfin, dans quelques cas, *les gaz contenus dans l'intestin en distendent considérablement les parois paralysées*. C'est une condition défavorable au succès de l'opération. La paroi, amincie, se déchire facilement ; et la perforation s'agrandit. La suture est très difficile et tient mal. D'ailleurs, cette distension générale de l'intestin est une gêne profonde pour le chirurgien pendant toute l'opération et la mort du malade peut être la conséquence des phénomènes d'occlusion paralytique qu'elle détermine.

### 3° Le contenu intestinal

La nature du contenu de l'intestin au moment où se produit la perforation constitue un facteur important du pronostic.

On peut admettre, d'une façon générale, que la diarrhée est plus fréquente dans la fièvre typhoïde que la constipation ; qu'une diarrhée profuse est souvent l'indice d'ulcérations étendues, et de phénomènes irritatifs se prolongeant jusque dans le gros intestin ; et qu'enfin, dans ces cas, la septicité du contenu est portée au maximum. Par contre, la stase des matières qui accompagne la constipation pourrait peut-être, agissant localement, hâter l'ouverture d'une ulcération déjà avancée.

On sait, d'autre part, que la violence de la péritonite, l'intensité des phénomènes généraux qui l'accompagnent, la rapidité et la gravité de son évolution, sont liées à la quantité des matières déversées brusquement dans l'intérieur de la cavité séreuse, à la virulence variable des germes contenus dans le liquide extravasé.

Dans les cas où la perforation se produit donc au cours d'une typhoïde accompagnée de diarrhée profuse, les conditions mauvaises seront au maximum et le liquide fécaloïde abondamment répandu s'accompagnera d'une péritonite de l'évolution la plus rapide et de la gravité la plus considérable.

Si, au contraire, il s'agit d'une typhoïde avec constipation, la brèche intestinale ne livrera passage qu'à une quantité infime de matières, d'une septicité moindre. Et le pronostic sera beaucoup plus favorable.

Il est évident que la grandeur des perforations, leur multiplicité viendront accroître la gravité du pronostic.

Cette importance capitale : 1° de la quantité et 2° de la qualité (septicité) du contenu intestinal déversé dans la cavité péritonéale explique certainement, pour une part, les résultats meilleurs obtenus dans les perforations qui surviennent tardivement dans la fièvre typhoïde (au cours de la convalescence, etc), dans les typhoïdes ambulatoires, etc.

## III. — LE PÉRITOINE

Le péritoine du typhique, qui est un leucopénique, fait difficilement des adhérences. D'ailleurs, la brusquerie de la perforation dans la majorité des cas est une condition très défavorable à la localisation des phénomènes de péritonite.

Nous avons vu en effet que les *péritonites localisées* se trouvaient, dans notre statistique, dans une proportion de moins de 3 0/0.

Ces 17 cas d'abcès localisé se terminèrent :

1° 12 fois par la guérison :

| | |
|---|---|
| Bell | Lilienthal |
| Cullen | Love |
| Escher | Mc Reynolds |
| Haggard | Martin |
| Hartwell | Mauclaire |
| Hyenne | Pearson |

2° 5 fois par la mort.

| | Mort par : |
|---|---|
| Gesselevitch et Kadjanow (192) | |
| Haggard (223) | — Toxémie en 3 semaines 1/2 |
| Munro | — |
| Pluyette | — |
| Senn | — Hémorragie intestinale 5 jours après |

C'est-à-dire une mortalité de 29,41 0/0.

Par conséquent, dans les cas où la péritonite se localise, le pronostic opératoire est beaucoup plus favorable.

## LES RÉSULTATS OPÉRATOIRES

### A. — GUÉRISON

La guérison ne suit l'intervention chirurgicale pour perforation intestinale typhique que dans une proportion encore insuffisante ; nous ne la trouvons dans notre statistique globale que dans 27,41 0/0 des cas ; proportion actuellement un peu améliorée, puisque dans la statistique des cinq dernières années elle atteint 35,37 0/0.

Quand on analyse l'ensemble de ces résultats heureux, on en trouve un certain nombre qui constituent de véritables encouragements au traitement opératoire. Ils montrent combien, dans certains cas, la résistance du malade peut être considérable ; et qu'elle impose au chirurgien le devoir d'espérer même dans les cas qui pourraient lui sembler les plus désespérés.

La guérison en effet peut survenir :

*a*) Malgré l'état désespéré du malade au moment de l'opération ;

*b*) Malgré l'apparition de complications multiples ;

*c*) Malgré, pour certaines de ces complications, la nécessité d'une ou plusieurs nouvelles interventions ;

*d*) Malgré une ou plusieurs rechutes de typhoïde après l'opération.

#### I. — *Etat désespéré du malade au moment de l'opération*

L'état très grave du malade avait été considéré comme une contre-indication absolue à l'intervention chirurgicale. Certes, dans la grande majorité de ces cas, la mort suit plus ou moins

rapidement l'opération, il en est cependant d'autres où le malade guérit. Si peu nombreux qu'il soient, ils n'en constituent pas moins la justification de certaines interventions que quelques-uns auraient pu qualifier *a priori* d'inutiles. Nous voyons ainsi une malade de Staunton (587), opérée dans un état absolument désespéré, et qui guérit. Un malade de Da Costa (111) était aussi dans un état désespéré, et il guérit. De même encore les malades de Jones (314) et de Price (529).

### II. — *Complications multiples*

La guérison peut se faire encore malgré des complications, parfois fort graves, qui se produisent après l'opération.

Nous relevons ainsi dans notre statistique les cas suivants :

Anderson (9), complications rénales.

Brown (70), pyélo-néphrite.

Bruce (73), abcès sous-phrénique.

Cooke (95), constipation opiniâtre déterminant, à la suite d'une évacuation forcée, une fistule recto-vaginale.

Elsberg (161), furonculose et abcès multiples.

Fix (184), furonculose et pemphigus.

Harte (232), pleurésie purulente.

Hays (267), pneumonie (et fistule stercorale).

Lilienthal (380), pneumonie, otite moyenne droite nécessitant la perforation du tympan, fistule stercorale.

Loison (381), empyème interlobaire gauche nécessitant son ouverture, puis une résection costale.

Mitchell (462), bronchite ; hernie des intestins à travers l'incision sept jours après l'opération.

Mower-White (482), avortement (sept jours après), rechute.

Sphepherd (584), phlébite fémorale gauche.

Thurston (619), parotidite suppurée, abcès de la fesse, double otite moyenne, épanchement dans le genou gauche, rechute de typhoïde.

Thurston (620), double parotidite aiguë ; thrombose d'une veine fémorale.

Waring (642), furonculose.

### III. — *Nouvelles interventions chirurgicales*

Plusieurs fois, des complications graves survenant après l'opération ont amené le chirurgien à intervenir de nouveau ; et le malade a guéri cependant. Ce sont les cas de :

Battle (30), deuxième opération, deux mois et demi après la première pour un abcès péritonéal localisé, après deux rechutes ;

Blake (46), cinquante et un jours après la première opération, curettage d'une poche purulente pelvienne ;

Cushing (103), deuxième opération le treizième jour après pour une nouvelle perforation ;

Troisième opération, le quatorzième jour, pour une obstruction intestinale aiguë et une troisième perforation ;

Finney (177), le vingt-deuxième jour, deuxième opération pour obstruction intestinale.

Heurteaux (284), le quatrième jour, deuxième opération, pour obstruction intestinale.

### IV. — *Rechutes de typhoïde après l'opération*

Vingt-deux fois des rechutes de fièvre typhoïde surviennent après l'opération. Tous ces malades guérissent.

1° Une rechute, qui était :

*a*) La première :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Andrews | (10) | Mitchell | (456) |
| Dubujadoux | (151) | Mower-White | (482) |
| Eliot | (159) | Pearson | (512) |
| Elsberg | (162) | Saleeby | (564) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Haggard | (225) | Thurston | (619) |
| Hays | (280) | Woolsey | (658) |
| Hays | (281) | Yule | (662) |
| Jones | (314) | | |

*b*) La deuxième :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Courtney | (100) | Ill | (312) |

2° Deux rechutes, qui étaient :

*a*) La première et la deuxième :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Harte | (233) | Harte | (234) |

*b*) La deuxième et la troisième :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Battle | ( 30) | Woolsey | (659) |
| Harte | (238) | | |

Et parmi ces malades, plusieurs firent :

*d*) Ou bien une rechute grave :

Haggard, avec albuminurie abondante.

Elsberg, avec hémorragie et myocardite ;

Woolsey (659).

3° Ou bien en même temps d'autres complications :

Fistule stercorale (les deux cas de Hays, ceux de Ill et de Jones).

Avortement (Mower-White).

Le malade de Battle subit (nous l'avons vu) une nouvelle intervention après ses deux rechutes.

Le malade de Dubujadoux fit une dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac et des accidents prolongés de « circulus vicio-sus » et d'obstruction intestinale.

## B. — MORT

L'étude des causes de la mort après intervention pour perforation intestinale typhique présente une importance capitale. Dépister et analyser les raisons qui rendent la mortalité encore si considérable, voir dans quelles limites s'étend l'action que peut avoir sur elles le chirurgien, c'est, il nous semble, la façon

la plus rationnelle de tenter d'améliorer le pronostic opératoire, puisque, connaissant les causes, il est permis d'espérer en éviter l'apparition ou en traiter logiquement les conséquences.

Une notion, dans cette étude, tient la place prédominante : *le malade est un typhique*. Nous avons déjà vu l'influence que pouvaient avoir sur le pronostic les différentes modalités sous lesquelles se présente la dothiénentérie. Nous allons en retrouver ici toute l'importance, et sous une autre forme.

La perforation n'est qu'un accident au cours de la fièvre typhoïde ; et celle-ci n'en continue pas moins son évolution.

L'atteinte profonde de l'organisme qui suit la perforation intestinale typhique résulte bien pour une part des produits septiques absorbés au niveau du péritoine enflammé, mais aussi pour une autre, de la toxi-infection éberthienne sur laquelle cette péritonite s'est développée. La différence du pronostic opératoire, dans ces cas et dans les perforations intestinales qui succèdent à une contusion ou à une plaie de l'abdomen, montre bien le rôle considérable du terrain dans les résultats.

### A. — Temps écoulé entre l'opération et la mort

Nous trouvons ce temps indiqué dans 382 cas de notre statistique. Ils se répartissent ainsi :

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Jusqu'à la fin de la 6e heure | | | | ..... | 67 cas |
| De la 6e | à la fin de la | 12e | heure | ..... | 48 — |
| — 12e | — | 18e | — | ..... | 24 — |
| — 18e | — | 24e | — | ..... | 42 — |
| — 24e | — | 36e | — | ..... | 37 — |
| — 36e | — | 48e | — | ..... | 28 — |
| — 48e | — | 72e | — | ..... | 49 — |
| 4e jour | | | | ..... | 18 — |
| 5e — | | | | ..... | 10 — |
| 6e — | | | | ..... | 5 — |
| 7e — | | | | ..... | 7 — |

| | |
|---|---|
| 8e — ..... | 10 cas |
| 9e — ..... | 6 — |
| 10e — ..... | 7 — |
| 11e, 12e, 13e, 14e jours ..... | 6 — |
| 15e, 17e, 18e jours ..... | 6 — |
| de 18 jours à un mois ..... | 5 — |
| Après un mois ..... | 7 — |

On peut les classer d'une autre façon :

| | | | Proportion sur o/o |
|---|---|---|---|
| Pendant les 12 premières heures | 115 cas | | 30,10 |
| — 24 — | 181 — | | 47,38 |
| — 36 — | 218 — | | 57,06 |
| — 48 — | 246 — | | 64,39 |
| — 72 — | 295 — | | 77,22 |
| Pendant les 4 premiers jours | 313 — | | 81,93 |
| — 5 — | 323 — | | 84,55, etc. |

Ce tableau est très explicite. Il nous montre de façon nette la mortalité considérable qui se produit pendant les premières journées. En effet la mort survient dans :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Le 1er jour, | environ | 1/2 | du nombre total des cas de mort |
| Les 2 premiers jours, | — | 2/3 | — |
| — 3 — | — | 3/4 | — |
| — 4 — | — | 4/5 | — |

Un peu plus du tiers des malades opérés meurent donc dans les vingt-quatre premières heures.

Et près de la moitié dans les quarante-huit premières heures.

### B. — Etude des causes de la mort

De façon générale, on peut dire que :

1° Les morts survenant rapidement (dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures) sont dues à la péritonite par perforation,

déterminant une intoxication générale à laquelle le malade peut d'autant moins résister que les lésions viscérales d'origine typhique sont plus marquées.

2° Les morts plus tardives à :

*a*) L'évolution de la typhoïde ;

*b*) L'apparition de complications.

Nous grouperons pour l'étude, d'une façon un peu schématique, les causes de la mort en quatre chapitres :

1° La péritonite ;

2° La fièvre typhoïde en tant que toxi-infection générale (toxémie typhique) ;

3° La fièvre typhoïde en tant que lésion locale (l'intestin typhique) ;

4° Complications diverses, surtout pulmonaires.

## I. — La péritonite

La péritonite peut être la cause de la mort par quatre mécanismes distincts

1° L'intoxication générale de l'organisme ;

2° La paralysie intestinale qu'elle détermine ;

3° L'occlusion intestinale due à des adhérences, des brides, consécutives à l'inflammation péritonéale ;

4° Les phénomènes d'intoxication lente due à des foyers purulents localisés succédant à une péritonite généralisée.

### 1° *Intoxication générale*

C'est la péritonite qui, en règle générale, constitue la cause prédominante quand la mort survient précocement après l'intervention. Et elle y entre pour une part d'autant plus grande que l'opération est plus tardive.

1° Quand le malade est amené à l'intervention dans un état d'intoxication profonde, le choc opératoire peut venir lui donner le coup de grâce dont il ne se relève pas. (Nous avons vu

cependant que, même dans ces cas désespérés, la guérison peut survenir.)

*a*) Parfois, malgré toute stimulation, la mort survient sur la table opératoire.

Nous trouvons dans notre statistique quatre de ces cas :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Menestrina | (436) | Taylor W.J. | (608) |
| Munro | (486) | Woolsey | (656) |

*b*) Ou bien la terminaison suit parfois presque immédiatement l'intervention.

| | | |
|---|---|---|
| Quelques minutes..... | Bontecou | ( 53) |
| | Da Costa | (108) |
| | Dalton | (113) |
| | Sacquépée | (563) |
| | Taylor H.-M. | (602) |
| | Willard | (652) |
| Une demi-heure..... | Harrison | (230) |
| | Stewart | (589) |
| | Tricot | (624) |
| Trois quarts d'heure.... | Harte | (241) |
| Une heure..... | Carlier | ( 82) |
| | Jackson | (313) |
| | Stewart | (594) |

*N.-B.* — Dans un cas de Munro (491), la mort survint aussi sur la table d'opération, mais causée par l'écoulement dans la trachée de matières vomies par le malade.

*c*) Quand la mort est un peu plus tardive, c'est en général avec des phénomènes de collapsus, d'adynamie cardiaque progressive que le malade s'éteint. Le pouls devient extrêmement fréquent, petit, irrégulier, la respiration superficielle, et le malade meurt. L'intoxication générale était trop profonde.

Dans ce groupe, on peut faire rentrer nettement tous les cas dans lesquels la mort suit de quelques heures seulement l'intervention chirurgicale. Ils sont nombreux, puisque nous trouvons,

sur les 482 cas de mort de notre statistique, 76 cas dans lesquels elle survint de deux à douze heures inclusivement, et, en y ajoutant les 16 cas cités plus haut, 92 cas dans lesquels elle survint pendant les douze premières heures, soit 19,29 0/0 des cas de mort (environ 1/5).

*d*) Enfin, dans un certain nombre de cas, il se produit, à la suite de l'intervention chirurgicale, une sédation manifeste dans les symptômes abdominaux. Elle persiste vingt-quatre, trente-six heures, ou même plus. Puis la péritonite reprend, les vomissements reparaissent ; et le malade meurt, progressivement intoxiqué, sans qu'on puisse retrouver à l'autopsie aucune nouvelle perforation ; la suture avait bien tenu. Il y a cependant du liquide purulent dans le ventre, les anses sont rouges, parfois distendues, couvertes d'exsudats pseudo-membraneux.

La mort survient ainsi quarante-huit, soixante heures, même trois jours, plus rarement quatre jours après l'intervention :

Trois jours : cas de Munro (487), Leriche (376) ;

Quatre jours : cas de Hays (271), Lund et Shattuck (399), Russell (558 et 559), etc.

*e*) Notons quelques cas, dans lesquels on retrouve nettement associées à l'autopsie des lésions de péritonite, et des lésions dues à l'infection générale typhique :

Mort en seize heures et demie, Lavroff (337), péritonite et infarctus secondaires de la rate.

Mort en trente-deux heures, Lavroff (343), péritonite et endocardite aiguë, néphrite aiguë.

Mort en trente-six heures, Bérard (40), péritonite et endocardite récente mitrale et aortique ; infarctus récents de la rate.

Mort en trente-six heures, Harte (256), péritonite et thrombose complète de la veine cave et des veines iliaques.

On peut donc dire, en résumé, que dans les cas où la mort survient plus ou moins précocement après l'intervention, elle est due à la continuation ou à la reprise rapide de la péritonite, et aux phénomènes de collapsus et d'adynamie cardiaque progressive dus à l'intoxication générale.

### 2° *Occlusion paralytique de l'intestin*

L'iléus paralytique existe là comme dans toutes les péritonites. On sait que, d'après la loi de Stokes, la couche musculeuse sous-jacente à une séreuse enflammée se paralyse, ce qui entraîne la dilatation des anses par les gaz : d'où coudures dans ces anses météorisées.

Il est évident que ce phénomène doit se retrouver dans une grande partie des cas, nombreux, où le malade meurt de sa péritonite. Il n'est jamais aussi évident que dans ceux qui présentent, comme nous l'avons vu, à la suite d'une amélioration, une reprise des signes abdominaux. Et il entre pour une part dans les causes de la mort.

Dans des faits rares, la péritonite semble peu intense : mais la paralysie intestinale existe très marquée.

Dans le cas de Bichat (41), ce fait est d'une netteté parfaite. Il y a amélioration après l'opération ; puis les vomissements reparaissent ; ballonnement du ventre ; absence de gaz et selles, malgré un lavement. La mort survient quatre jours après l'opération. Et l'on trouve à l'autopsie le gros intestin aplati, l'intestin grêle très distendu ; sans obstacle matériel à la circulation des matières. L'abdomen ne contenait pas de liquide.

De même encore, le cas de Lavroff (352), où la mort survint le troisième jour.

On peut rapprocher de ces faits le cas curieux de Darling (125), où la mort survint le sixième jour avec des signes d'occlusion intestinale. Il existait un collapsus absolu des 60 à 90 derniers centimètres de l'iléon ; la lumière de l'intestin était presque complètement oblitérée.

### 3° *Obstruction intestinale*

Les phénomènes de réaction péritonéale s'accompagnent de la production de fausses membranes, d'accolement des anses

intestinales. Il peut en résulter des coudures de l'intestin, des brides fibrineuses sous lesquelles l'intestin vient s'étrangler, etc.

Nous avons déjà signalé des faits de ce genre dans lesquels la guérison était survenue à la suite d'une nouvelle intervention (cas de Cushing, Finney, Heurteaux et Waquet).

Dans d'autres cas, ils entraînèrent la mort de l'opéré, au bout de :

48 heures. — Hays (269), au-dessous de la suture plicature de l'iléon à angle aigu fixée par des adhérences solides.

49 heures. — Platt (518), bride sur le milieu du côlon transverse.

4 jours. — Bogart (630), bride à l'angle hépatique du côlon.

8 jours. — Gesselewitch et Wanach (194), une anse grêle très distendue (probablement au-dessus d'une cause d'obstruction).

41 jours. — Dubujadoux (155), à 10 centimètres en aval de la perforation réouverte, coude brusque du grêle, maintenu par des adhérences.

Dans le cas de Kiliani (322), la mort survient le vingt et unième jour par collapsus cardiaque subit. Et l'on trouve à l'autopsie, avec des lésions de pyohémie typhoïdique, un volvulus de l'intestin grêle, d'ailleurs incomplet.

*N.-B.* — Dans le cas de Porter et Shattuck (526), la mort, survenue le troisième jour après l'opération, fut déterminée aussi par une obstruction intestinale, mais par un autre mécanisme. Une masse fécale, dure et sèche était arrêtée au niveau de la suture, et obstruait complètement l'intestin légèrement rétréci à ce niveau.

### 4° *Foyers purulents localisés secondaires*

Il n'y en a que quelques cas. C'est souvent dans le petit bassin, mal drainé, que s'enkyste le foyer purulent. Il y a intoxication lente de l'organisme, et par épuisement progressif survient la mort.

Elle se produit le :

7e jour. — Martin (432), nouvelle opération pour évacuation d'une poche de pus.

10e jour. — Gosset (214), abcès non drainé dans la partie gauche du bassin.

14e jour. — Moty (481), deux foyers de pus infect, dans petit bassin, et sous le lobe droit du foie.

18e jour. — Toussaint (623), péritonite localisée provoquée par l'éclatement d'un seul ganglion mésentérique abcédé.

23e jour. — Kaehler (318), à l'autopsie, abcès entre les intestins et dans le foie. Il y avait une fistule stercorale.

40e jour. — Armstrong (11), péritonite pelvienne.

43e jour. — Levison (377), large abcès sous-phrénique ; pus et fèces dans la partie inférieure de l'abdomen, liquide sanguinolent dans péricarde, etc.

Dans le cas de Braun, où la mort survint le cinquième jour, il y avait un abcès du bassin consécutif à une deuxième perforation ; et de plus, broncho-pneumonie double, thrombose de la veine rénale, abcès de la rate.

### II. — La fièvre typhoide, toxi-infection générale

La fièvre typhoïde continue son évolution en dehors de la perforation intestinale. Celle-ci ne constitue qu'un accident qui vient aggraver encore le pronostic propre de la dothiénentérie. Et l'opéré de perforation peut mourir après son intervention uniquement de la gravité de son infection typhique.

Dans quelques cas, la mort survient assez rapidement après l'intervention. Mais, fait capital, on ne trouve plus de péritonite à l'autopsie. Malgré cette disparition de la péritonite, l'organisme était trop profondément altéré, et le malade s'éteint.

Le plus souvent, la mort se produit plus tardivement, parfois très longtemps après l'intervention. Le malade était guéri de sa perforation, mais on trouve à l'autopsie des dégénérescences

viscérales multiples, des manifestations de pyohémie généralisée, qui montrent combien était grave cette toxi-infection éberthienne qui a entraîné la mort du malade.

Nous trouvons dans notre statistique un certain nombre de ces faits.

Mort au bout de :

10 heures. — Balch (22), pas de péritonite.

30 heures. — Mitchell (457), mort subite par collapsus cardiaque.

43 heures. — Wanach (641), abcès de la rate et des ganglions mésentériques, ulcérations du larynx, etc.

48 heures. — Hutchinson J. A. (296), amélioration marquée des signes abdominaux : toxémie généralisée.

50 heures. — Sieur (574), syncope, dégénérescence marquée du foie et des reins.

58 heures. — Allen (6), pas de péritonite, toxémie typhique.

60 heures. — Harte (257), pas de péritonite, toxémie typhique.

3 jours. — Stewart (590), pas de péritonite, toxémie typhique.

5 jours. — Lothrop (385), pas de péritonite, toxémie typhique.

5 jours. — Mitchell (463), gravité de la typhoïde.

5 jours. — Hays (282), toxémie typhique.

6 jours. — Bland-Sutton (48), pas de péritonite.

7 jours. — Shoemacker (573).

7 jours. — Finney (178), toxémie typhique.

8 jours. — Stewart (591).

9 jours. — Gibbon (207), asthénie cardiaque.

9 jours. — Woodward (655).

10 jours. — Kyle (328), gravité de la typhoïde.

11 jours. — Lavroff (357), ictère, cirrhose hépatique, angiocholite aiguë purulente, pleuro-pneumonie gauche aiguë, néphrite aiguë purulente.

13 jours. — Dubujadoux (152), muguet, parotidite gauche

15 jours. — Harte (258), suppuration bilatérale des parotides, et collapsus cardiaque subit.

15 jours. — Körte (326).

15 jours. — Variot (637).

21 jours. — Kiliani (322), collapsus cardiaque subit, liquide dans les plèvres, gangrène pulmonaire, myocardite, volvulus intestinal.

3 semaines 1/2. — Haggard (223), toxémie typhique.

Un mois. — Lavroff (359), pneumonie, ictère croissant, pleurésie aiguë purulente droite, affaiblissement.

34 jours. Dalton (112), évolution de la typhoïde.

Carnabel (83), persistance des signes graves de la typhoïde ; symptômes péritonéaux disparus depuis le deuxième jour.

Lejars (372), « mort de sa typhoïde, et non de sa perforation ».

Notons que dans ces 29 cas, 5 fois la mort survint subitement par collapsus cardiaque subit. Les phénomènes d'asthénie cardiaque, si fréquents dans la typhoïde, se retrouvent là encore avec leur importance.

### III. — La fièvre typhoide lésion locale (l'intestin typhique)

Les altérations de l'intestin dues au processus ulcératif peuvent amener, après l'opération, deux sortes de complications :

1° Des hémorragies intestinales ;

2° La réouverture de l'intestin.

#### A. — *Hémorragies intestinales*

Les hémorragies intestinales survenant après l'opération impliquent un pronostic grave. Elles sont la preuve de l'intensité de l'infection typhique.

Nous les trouvons signalées dans 16 cas de notre statistique.

Quatre de ces cas seulement se terminèrent par la guérison : cas de Chevalier (92), Love (387), fistule stercorale, Elsberg (162), dans une rechute, Fix (182), petite quantité.

Tous les autres cas finirent par la mort.

1° Dans le cas de Courtney (99), la mort survint par péritonite consécutive à la résorption de la suture au catgut d'un moignon appendiculaire.

2° Dans celui de Dubujadoux (153), la mort survint huit jours après l'opération, par suite de la gravité de la fièvre typhoïde.

3° La processus ulcératif peut continuer son action et amener la production d'une nouvelle perforation qui entraîne la mort. C'est ce qui se produisit dans les 3 cas de :

Armstrong (11).

Beach (34), 2e intervention.

Guilbaud (220).

4° Enfin la mort peut être la conséquence immédiate de l'hémorragie intestinale, par suite de l'abondance ou de la répétition de celle-ci.

C'est ainsi que la mort survint après l'opération en :

1° Vingt-quatre heures : Dalziel (117) ;

2° Soixante et onze heures : Courtney (101) ;

3° Cinq jours : Poncel (524) ;

4° Cinq jours : Senn (569) ;

5° Cinq jours : Thorndike et Bowditch (616) ;

6° Dix jours : Boppe (55).

*N.-B.* — Dans le cas de Munro et Williams (494), la mort survint par péritonite en quarante-huit heures ; mais, pendant ce temps, il se produisit six hémorragies abondantes, qui durent singulièrement influencer la terminaison.

### B. — *Réouverture de l'intestin*

C'est là un chapitre qui présente une importance capitale dans le pronostic opératoire de la perforation intestinale typhique.

On doit diviser en deux classes distinctes ces faits dans lesquels, plus ou moins rapidement après l'intervention, l'intestin laisse écouler de nouveau son contenu septique à travers un ou plusieurs orifices :

1° Tantôt les fils qui fermaient la perforation coupent la paroi intestinale trop friable ; et la perforation se reproduit ;

2° Tantôt, la suture tient solidement ; mais le processus ulcératif, continuant son action en d'autres points, une ou plusieurs nouvelles perforations apparaissent. Ce sont les « additional perforations » des auteurs anglais.

Qu'il s'agisse d'ailleurs de l'un ou l'autre cas, le résultat est identique : l'intestin se trouve de nouveau ouvert. D'une façon générale, on peut alors envisager deux éventualités :

1° Ou bien, le liquide intestinal s'écoule dans la cavité péritonéale. La péritonite apparaît de nouveau ;

2° Ou bien, le contenu intestinal s'écoule au dehors, soit que spontanément il se soit formé des adhérences protectrices isolant l'anse perforée de la grande cavité péritonéale ; soit que le chirurgien prévoyant ait isolé lui-même cette anse par un procédé quelconque et l'ait pour ainsi dire extériorisée.

Si, dans le cas de péritonite, c'est à peu près toujours la mort pour le malade ; dans le second cas, c'est à peu toujours la guérison.

Nous voyons que l'on doit étudier côte à côte les cas de péritonite par ouverture nouvelle de l'intestin, et les cas de fistule stercorale, qui restent une modalité heureuse de cette complication importante qui grève si lourdement les résultats opératoires du traitement chirurgical de la perforation typhique.

### 1° *Fistule stercorale*

#### a) *Suivie de guérison*

α) Tantôt ce sont les adhérences protectrices développées avant la nouvelle perforation ou la réouverture de la suture,

qui tracent le chemin au contenu intestinal vers le dehors ; ou celui-ci suit le trajet du drain. Cas de :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Abbe | ( 1) | 11. Kaehler | (317) |
| 2. Billon | ( 44) | 12. Kammerer | (320) |
| 3. Cotton | ( 96) | 13. Legueu | (369) |
| 4. Cushing | (103) | 14. Love | (387) |
| 5. Escher | (166) | 15. Lund | (400) |
| 6. Haggard | (224) | 16. Martin | (431) |
| 7. Hays | (267) | 17. Mitchell | (455) |
| 8. Huntington | (291) | 18. West | (651) |
| 9. Ill | (312) | 19. Woolsey | (658) |
| 10. Jones | (314) | | |

*N.-B.* — Dans le cas d'Haggard, la fistule fut fermée chirurgicalement, 18 mois après.

β) Tantôt le chirurgien a pris soin d'isoler l'anse malade, de l'accoler à l'incision, ou de la suturer à elle ; en réalité, de l'extérioriser. Quand la perforation secondaire se produit, l'écoulement se fait en dehors de la cavité péritonéale.

1. Cushing (107)
2. Da Costa (111)
3. Hays (279)
4. Hays (280) (suture n'a pas tenu).
5. Hill (287)
6. Hutchinson J. P. (309).
7. Le Conte (362)
8. Belgrano (36 ; 2 perforations successives.
9. Vincini (639) ; 3 perforations successives.

Nous aurons à revenir sur ces faits ; et sur l'importance considérable qu'ils présentent dans le traitement chirurgical de la perforation.

### b) *Suivie de mort*

α) Le malade, à la suite de l'intervention, présente plus ou moins rapidement une fistule stercorale. Elle indique la réouverture

de l'intestin ; malheureusement, elle ne draine pas complètement le contenu intestinal, une partie de celui-ci passe dans la grande cavité péritonéale ; et le malade meurt de la péritonite ainsi développée. La mort survient au bout de :

1. 12 jours. Hays (278) (perforation secondaire haut située sur le jéjunum).
2. 3 jours. Lavroff (348)
3. 7 jours. Lavroff (356) ; de plus broncho-pneumonie double.
4. 43 heures. Love (388).
5. 8 jours. Quénu (532).
6. 15 jours. Taylor W (606).

Tous ces cas se rapportent à de nouvelles perforations, sauf ceux de Lavroff (348) et de Quénu, où la suture n'a pas tenu.

β) Ou bien, le malade meurt pour une toute autre cause que la réouverture de son intestin.

Audet (18), le 9e jour, érysipèle de la face ;

Bland-Sutton (49), 6e jour, par épuisement ;

Dubujadoux (155), 41e jour, coude de l'intestin ;

Kyle (328), 10e jour, gravité de la typhoïde ;

Neff (499), 36e jour, troisième opération pour obstruction intestinale.

### 2° *Ouverture dans la cavité péritonéale*

« Immédiatement après l'intervention, dit M. Michaux (séance de la Société de Chirurgie du 20 mai 1908), le résultat est obtenu ; la perforation est bouchée ; pendant trois ou quatre jours, le résultat se maintient, on se prend à espérer, puis les choses changent de face ; la température s'élève, le pouls devient plus fréquent, plus petit ; le ventre se ballonne légèrement, il y a des douleurs, des coliques. La perforation s'est reproduite sur place ou un peu plus loin ; la péritonite reprend son cours ; et au bout de quelques jours, — quatre ou six — elle emporte le malade. »

Le tableau clinique est là ce qu'il était quand l'intestin s'est perforé pour la première fois. Le premier signe est le plus sou-

vent la douleur brusque et violente. Mais habituellement l'évolution est très rapide ; parce que le malade est encore plus qu'avant en état de moindre résistance ; et le péritoine, déjà altéré, plus disposé à l'absorption des produits septiques déversés par la brèche intestinale.

Nous trouvons dans notre statistique un nombre relativement considérable de ces faits si importants.

Nous éliminons deux cas dans lesquels on retrouva sur l'intestin une deuxième perforation : mais parce qu'elle était passée inaperçue à l'opération. Cas de :

Courtney (97).

Dalton (113).

Dans la majorité de ces cas, l'autopsie pratiquée permit de trouver la ou les nouvelles perforations. Dans quelques autres, l'autopsie ne put être faite ; mais l'histoire clinique est suffisamment nette et précise pour qu'on puisse affirmer qu'il se produisit une nouvelle perforation.

a) *Sur les signes cliniques*

5 cas :

Brown (72), de plus, écoulement de liquide fécaloïde par le drain vaginal.

Guilbaud (220).

Launay (333).

Leriche (375).

Loison (382).

b) *Perforation trouvée à l'autopsie*

1° Réouverture de la perforation suturée

Mort après la première opération :

8 jours. — Chaput (89).

10 jours. — Courtney (99), résorption complète de la suture au catgut d'un moignon appendiculaire.

5 jours. — Fix (185).

21 heures. — Kimura (323).

11 jours. — Michaux (439).

24 heures. — Mitchell (459) (de plus, double pneumonie lobaire).

3 jours. — Monod (472), suture au catgut.

5 jours. — Munro (485).

8 jours — Quénu (532).

3 jours. — Sieur (576).

Nous avons signalé plus haut le cas de Quénu où se produisit une fistule stercorale, puis de la péritonite.

*N.-B.* — Dans le cas de Hollis (288), on trouva un début de nécrose à l'extrémité inférieure de la ligne de suture ; dans celui de Lücke (396), les lèvres de la suture étaient enflammées et nécrosées. Si la survie eût été plus longue (mort en 36 et en 11 heures), la perforation se fût certainement réouverte.

### 2° Nouvelle perforation

Mort après la première opération.

40 jours. — Armstrong (11), 2 et 3 perforations.

56 heures. — Ballance (23).

3 jours. — Boussenot (56).

5 jours. — Braun (59), abcès stercoral ; broncho-pneumonie gauche, etc.

6 jours. — Brun (74), 5 nouvelles perforations.

8 jours. — Da Costa (110).

7 jours. — Dandridge (121).

24 heures. — Elsberg (164).

52 heures. — Gibbon (205).

8 jours. — Gibbon (206).

4 jours. — Goodall (209).

36 heures. — Harte (255).

24 heures. — Lavroff (344).

72 heures. — Le Conte (364).

2 jours. — McPhedran (411), 2 nouvelles escarres.

36 heures. — Michon (440), 3 nouvelles perforations sur l'anse sigmoïde.

15 jours. — Morestin (473).

3 jours. — Parkin (510).

62 heures. — Roughton (544).

10 jours. — Routier (545), 2 nouvelles perforations.

24 heures. — Sabadini (562).

37 heures. — Thompson (613), plusieurs perforations.

12 heures. — Tiffany (621).

3 jours. — Tuffier (630).

6 heures. — Watson (648).

*N.-B.* — 1° Nous avons cité plus haut, comme s'accompagnant de fistule stercorale, les 4 autres cas de nouvelle perforation de Hays, Lavroff, Love et Taylor W.

2° Dans un cas de Gerster (190), la mort survint au bout de 37 heures : l'autopsie montra la présence d'une nouvelle perforation située au-dessus de la première, mais protégée par des adhérences épiploïques ; il n'y avait pas de péritonite.

3° Dans 2 cas, on fit une nouvelle opération. Dans le cas de Beach (33), la seconde perforation survint 9 jours après la première opération. On opéra de nouveau le malade : la perforation siégeait sur le cæcum. Le malade mourut.

Nous connaissons le cas de Cushing (103), où le malade guérit malgré trois opérations successives. La troisième intervention montra une obstruction intestinale et une nouvelle perforation.

3° Réouverture de la perforation avec nouvelle perforation

Deux cas très intéressants.

Mort au bout de :

15 jours. — Neff (499). Fistule stercorale. Mort après la troisième intervention pratiquée pour obstruction intestinale. Perfo-

ration réouverte. Nouvelle perforation sur le cæcum. (Nous avons déjà cité ce cas plus haut).

75 heures.— Nevison (502). Résorption de la suture au catgut. Quatre autres perforations.

Groupant tous ces faits, nous trouvons ainsi 82 cas dans lesquels se produisit une réouverture de l'intestin.

Ils comprennent 29 guérisons et 53 morts.

En les considérant par rapport aux 590 cas sur lesquels porte notre étude, nous trouvons donc que cette complication se présente dans 13, 89 0/0 des cas ; c'est-à-dire qu'un malade sur sept environ y est exposé.

Sur nos 590 cas, il y a 419 morts. En éliminant des 53 cas les 5 cas où la mort fut déterminée par une tout autre cause, nous voyons que la mortalité par perforation secondaire constitue 11, 45 0/0 de la mortalité générale. C'est-à-dire qu'environ une fois sur 9 la cause de la mort du malade après l'opération est due à une nouvelle ouverture de son intestin.

C'est donc là une complication extrêmement importante, dans le pronostic opératoire de la perforation intestinale typhique. Et son importance est d'autant plus grande que, comme nous le verrons plus loin, c'est un des facteurs du pronostic sur lequel le traitement chirurgical peut avoir prise.

### IV. — Complications diverses

Sur ce terrain en état de moindre résistance, profondément intoxiqué, des complications peuvent venir se greffer, prenant une gravité considérable. et entraîner à leur suite la mort du malade.

#### a) *Complications broncho-pulmonaires*

De beaucoup les plus fréquentes sont les complications broncho-pulmonaires. Ces complications se produiront d'autant

plus facilement qu'un léger degré de bronchite est un symptôme banal de la typhoïde.

Mort après l'opération au bout de :

48 heures. — Lavroff (336), pneumonie des deux sommets.

48 heures. — Love (392), congestion pulmonaire ; pas de péritonite.

3 jours. — Morestin (476), pas de symptômes péritonéaux encombrement bronchique et dyspnée croissante.

3 jours. — Champlin (85), congestion hypostatique des poumons.

3 jours. — Gesselewitch et Wanach (195), pneumonie double.

5 jours. — Hays (275), pneumonie.

6 jours. — Gesselewitch et Wanach (192), pneumonie.

7 jours. — Lavroff (356), broncho-pneumonie double et fistule stercorale.

8 jours. — Godwin (208), pneumonie hypostatique très étendue ; myocarde dégénéré.

9 jours. — Lavroff (355), pneumonie droite.

10 jours. — Mauclaire et Méry (433), broncho-pneumonie.

23 jours. — Greaves (218), broncho-pneumonie double.

Dans le cas de Ryan (561), le malade mourut au bout de 36 heures, de broncho-pneumonie ; mais due à l'entrée dans la trachée de matières vomies pendant l'opération. Il n'y avait plus de péritonite.

### b) *Autres complications*

Nous citerons les cas de :

1° Audet (18), érysipèle de la face survenue le cinquième jour. Mort le neuvième jour.

2° Long (383), dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac. Mort le neuvième jour.

## L'OPÉRATION

### I. — QUAND DOIT-ON OPÉRER ?

La majorité des auteurs admet, à l'heure actuelle, que l'opération doit être pratiquée aussi précocement que possible.

Harte dit « que le diagnostic précoce de la lésion et que la rapidité aussi grande que possible avec laquelle on opère sont de première importance ».

Stewart dit que « l'opération doit être faite le plus précocement possible » *(be done at the earliest possible period)*.

Harte et Ashhurst disent que « moindre est le temps qui s'écoule entre le diagnostic et l'opération, meilleur il est pour le malade » *(the less time that elapses between diagnosis and operation, the better for the patient)*.

D'après Long « le pronostic est influencé plus par l'intervalle entre le moment de la perforation et celui de l'opération que par aucun autre facteur isolé ».

Nous pourrions multiplier ces citations. C'est l'opinion de Zésas, de Manges, de Scott, de Michaux et de la plupart des chirurgiens qui ont pris part à la récente discussion de la Société de Chirurgie, etc.

Keen dit cependant : « Le meilleur temps pour opérer n'est pas pendant le choc immédiat qui se produit durant les premières heures... Les deuxièmes 12 heures sont les plus favorables. » Mais ensuite « chaque heure compte, puisque l'infection du péritoine devient plus diffuse et plus intense... D'un côté est le shock, de l'autre l'infection croissante du péritoine. Sera le meilleur chirurgien celui qui, comme un bon matelot, évitera Scylla et Charybde ».

Abbe. rapporte-t-il encore, dit avec justesse qu'il est essentiel que le chirurgien ne se hâte pas.

Loison (séance du 11 mars 1908 de la Société de Chirurgie) émet une opinion analogue. « Il semble, dit-il, contrairement à ce que nous pensions jusqu'ici, que le retard dans l'intervention, loin d'être un facteur nuisible, serait, au contraire, avantageux dans une certaine limite. Aussi y aurait-il lieu de commencer par traiter médicalement la péritonite engendrée par la perforation intestinale, et de moins se presser pour prendre le bistouri. » Et dans son article de la *Revue de Chirurgie*, il est d'avis de laisser s'écouler les six premières heures afin de permettre au shock dû aux phénomènes initiaux de s'amender.

Logiquement, il semble *a priori* que plus on interviendra rapidement, moins l'écoulement du contenu intestinal septique sera considérable, moins intense la péritonite, moins considérable l'intoxication. Les faits démontrent que c'est à cette opinion qu'on doit se ranger.

Des 113 cas de Hartmann :

75 opérés avant vingt-quatre heures donnent 19 guérisons, soit 25,33 0/0.

38 opérés après vingt-quatre heures donnent 6 guérisons, soit 13,63 0/0.

Dans 492 cas de notre statistique, est indiqué le délai entre la perforation et l'opération. Ils se répartissent ainsi :

| Opération dans : | Guérisons | Morts | Total | Mortalité o/o |
|---|---|---|---|---|
| Premières 12 h. | 77 | 168 | 245 | 68,57 |
| Deuxièmes 12 h. | 35 | 89 | 124 | 71,77 |
| Troisièmes 12 h. | 5 | 32 | 37 | 86,48 |
| Quatrièmes 12 h. | 11 | 28 | 39 | 71,79 |
| Après 48 heures. | 15 | 32 | 47 | 68,08 |
| Ou encore : | | | | |
| Premières 24 h. | 112 | 257 | 369 | 69,64 |
| Deuxièmes 24 h. | 16 | 60 | 76 | 78,94 |

Nous voyons donc que les opérations pratiquées pendant les premières vingt-quatre heures donnent une mortalité moindre que celles pratiquées pendant les deuxièmes vingt-quatre heures.

Après quarante-huit heures, les résultats paraissent meilleurs. En réalité, il s'agit là de cas disparates, englobant pour une part les opérations pour péritonites localisées qui ont, nous le savons, un pronostic très favorable.

Si nous analysons les cas opérés pendant les douze premières heures, nous trouvons :

| Opérations dans : | Guérisons | Morts | Total | Mortalité o/o |
|---|---|---|---|---|
| Premières 4 h. | 25 | 45 | 70 | 64,28 |
| Deuxièmes 4 h. | 29 | 62 | 91 | 68,13 |
| Troisièmes 4 h. | 22 | 51 | 73 | 69,86 |

Les résultats sont tout à fait caractéristiques. Le *pronostic est d'autant plus favorable que l'opération est faite plus précocement.*

## II. — DURÉE DE L'OPÉRATION

Parmi les causes qui peuvent le plus influer sur le succès du traitement chirurgical de la perforation typhique, la durée de l'opération est certes une des plus importantes. Chez des malades aussi gravement atteints, qui se présentent parfois à l'opération dans un état déplorable, faire vite est un des premiers devoirs du chirurgien. Il suffit alors d'une quantité peu considérable d'anesthésique, et le shock opératoire est réduit à son minimum.

Dans 76 cas seulement de notre statistique se trouve notée la durée de l'opération.

| Durée | Guérisons | Morts | Total | Mortalité o/o |
|---|---|---|---|---|
| De 10 à 15 minutes | 3 | 1 | 4 | 25 |
| 15 à 20 » | 3 | 3 | 6 | 50 |
| 20 à 25 » | 3 | 7 | 10 | 70 |
| 25 à 30 » | 3 | 6 | 9 | 66,66 |
| 30 à 35 » | 4 | 10 | 14 | 71,42 |
| 35 à 40 » | 2 | 4 | 6 | 66,66 |
| 40 à 45 » | 2 | 2 | 4 | 50 |
| 45 à 50 » | 2 | 3 | 5 | 60 |
| 50 à 60 » | 3 | 1 | 4 | 25 |
| 1 heure | 6 | 4 | 10 | 40 |
| 1 heure 1/4 | 1 | » | 1 | 0 |
| 1 heure 1/2 | 1 | 1 | 2 | 50 |
| 2 heures | 1 | » | 1 | 0 |
| et encore : | | | | |
| moins de 20 minutes | 6 | 4 | 10 | 40 |
| » 25 » | 9 | 11 | 20 | 55 |
| de 25 à 50 » | 13 | 25 | 38 | 65,78 |

D'une façon générale, les chiffres correspondent donc aux conclusions données par la logique. Scott dit que quinze à vingt minutes doivent suffire pour l'opération. *C'est avec le minimum de temps qu'on obtient aussi les meilleurs résultats.*

## III. — SOINS PRÉOPÉRATOIRES

Dès le diagnostic posé, on supprimera toute ingestion de liquide par la bouche. On ne donnera pas d'opium, qui ne sert qu'à voiler la douleur, mais diminue par contre la capacité réactionnelle du malade, qu'il importe, avant tout, de ne pas affaiblir.

Les phénomènes intenses de shock qui accompagnent la perforation de l'intestin mettent le malade dans un état d'infériorité considérable pour supporter l'opération. C'est d'ailleurs sur ce fait que s'appuient les auteurs, qui, avec Keen, conseillent

d'attendre pour opérer. Mais c'est alors tomber d'un mal dans un autre plus grave, puisqu'augmentent pendant ce temps l'infection péritonéale et l'intoxication générale qui en résulte.

1° La première indication, dès le diagnostic posé, consiste donc à lutter contre les phénomènes de shock, à tenter énergiquement de relever l'état général du malade, à stimuler le système nerveux, et soutenir le cœur dont la défaillance constitue l'un des dangers les plus pressants.

Pour remplir ces indications, on emploiera :

*a)* Le sérum artificiel, donné abondamment, en injections sous-cutanées, ou même, s'il est nécessaire, intra-veineuses.

*b)* Les injections hypodermiques d'huile camphrée, de strychnine, etc.

2° L'importance de la leucocytose dans la lutte de l'organisme contre l'infection rend compte de la valeur que peut avoir sur les résultats l'adjonction d'un leucocytogène comme le nucléinate de soude. M. Chantemesse recommande l'injection intra-musculaire d'une solution stérilisée de ce produit à la dose de 50 centigrammes.

Cette technique avait été d'abord préconisée par Mikulicz, systématiquement, pour tous les malades qui doivent subir une laparotomie. Cette injection, ainsi qu'il résulte des recherches de MM. Chantemesse et Kahn (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1907), est suivie d'une poussée leucocytaire qui augmente la résistance du malade ; il n'est pas rare à la suite de ces injections de constater une amélioration notable de l'état général et local ; la résistance péritonéale s'organise mieux, ainsi que l'expérimentation l'a clairement démontré ; toutes conditions particulièrement utiles comme adjuvant de l'acte opératoire.

Aussi, Tuffier, à la séance du 11 mars 1908 de la Société de Chirurgie, appelant l'attention « sur la gravité et la rapidité de l'infection pour un intestin diarrhéique et typhique, et surtout sur l'absence ou la difficulté de production des adhérences dans

ces péritoines d'infectés leucopémiques », conseillait-il vivement l'adjonction au traitement chirurgical d'un leucocytogène comme le nucléinate de soude « Je le crois, disait-il, plus utile là que dans toutes les autres indications leucoprophylactiques où il a été proposé. »

3° Signalons encore, concourant au même but, les injections de métaux colloïdaux, dont la valeur dans la lutte contre les infections est aujourd'hui bien démontrée. Ils ont une action bactéricide, d'autant plus considérable que la grosseur des grains est plus petite. Ils possèdent de plus une influence activante sur les échanges nutritifs.

On emploiera ainsi de préférence au collargol ou argent colloïdal chimique) une solution stérilisée isotonique d'électrargol (argent colloïdal électrique à petits grains), en injections hypodermiques ou intra-musculaires, à la dose de 5, 10, 20 centimètres cubes en une injection On peut aller sans danger jusqu'à 50 centimètres cubes par jour.

On pourrait employer, dans les mêmes conditions, l'électaurol (or colloïdal), l'électro-platinol (platine), l'électro-palladiol (palladium)

4° Position de Fowler. — Chercher à « exclure » les surfaces péritonéales encore saines ou peu atteintes pour diminuer la résorption des toxines et des agents microbiens, réduire l'étendue de la surface absorbante, telle est enfin une dernière indication qui se pose au chirurgien.

Fowler la résolut de la façon la plus logique en recommandant, dans les péritonites, de ne pas laisser le malade dans la position horizontale, mais de lui relever le tronc le plus possible, la position assise, verticale, étant celle qu'on doit atteindre, ou dont on doit chercher à se rapprocher le plus. Et ainsi, les liquides septiques se collectent dans le petit bassin ; et les fosses latérales et sous-diaphragmatiques restent libres.

On comprend combien il peut être important pour la guéri-

son de faire prendre au malade cette position assise dès le diagnostic de perforation posé ; et d'empêcher ainsi, dès le début, l'épanchement, à travers toute la surface du péritoine, du liquide septique venu de l'intestin.

D'autant plus que, comme l'ont montré les travaux de Peiser, l'absorption des microbes par le péritoine est très active dans les premiers stades de l'inflammation.

Quel inconvénient même y aurait-il, dans les cas où des douleurs abdominales se répéteraient au cours d'une fièvre typhoïde, où l'on pourrait songer à la possibilité d'une perforation, de donner, comme préventivement, au typhique cette « position de Fowler » ?

Si l'on veut suivre jusqu'au bout la logique, on doit admettre encore que ce sera dans la position relevée du tronc qu'on devra faire aussi l'intervention.

Enfin, après l'opération, la position de Fowler devra être gardée dans toute son intégrité ; car nous verrons de plus combien l'inclinaison du bassin dans cette position aide alors considérablement au drainage.

Pour permettre au malade de conserver aisément cette position assise, on placera derrière les oreillers un plan dur, une chaise renversée par exemple ; on mettra aux pieds un coussin point d'appui ; enfin, on fixera le bassin et on l'empêchera de glisser, au moyen d'une bande qui, de chaque côté, entourant en dedans l'attache de la cuisse, passera au-dessus et au-dessous d'elle pour venir se fixer à la tête du lit.

La position de Fowler employée de cette façon doit rationnellement améliorer le pronostic opératoire.

Sa valeur est, il est vrai, mise en doute par W. Ross (*American Journal of Obstetrics*, sept. 1908).

Dans notre statistique, nous trouvons 14 cas dans lesquels on l'a employée. Il y eut 7 guérisons et 7 morts. Donc, mortalité de 50 0/0 seulement.

Malgré que le nombre de ces cas soit trop minime pour qu'on puisse en tirer des conclusions fermes, d'autant que les résultats

dépendent encore de bien d'autres facteurs, il est intéressant cependant de noter que justement là où nous trouvons la position de Fowler signalée, les résultats opératoires sont meilleurs.

La position de Fowler fait partie de la méthode de traitement chirurgical que Murphy préconise dans les péritonites. Et le dernier congrès des chirurgiens américains a confirmé la valeur qu'on pouvait, *a priori*, lui attribuer.

## IV. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

### 1° L'anesthésique

Ménager les forces du malade constitue une des conditions essentielles de réussite dans les interventions pour perforations typhiques. L'anesthésique le meilleur sera évidemment le plus doux, le moins déprimant, le moins toxique. L'importance d'une quantité minima d'anesthésique est une des raisons qui donnent à l'opération pratiquée rapidement un pronostic favorable.

Et c'est pourquoi l'anesthésie locale constitue, toutes les fois où elle est possible, celle qui paraît devoir être employée. Cushing, Hays la recommandent.

Les Américains cependant semblent plus fidèles à l'éther. Long lui donne la préférence (1). Il n'est cependant peut-être pas indifférent dans la typhoïde, qui présente toujours un peu de congestion des poumons, d'employer un anesthésique qui puisse augmenter cette tendance à la congestion. Nous avons vu que les complications broncho-pulmonaires constituaient assez fréquemment la cause de la mort chez les opérés de perforation.

Nous préférerons le chloroforme qui est aussi plus employé en France. On peut d'ailleurs se rallier à des méthodes mixtes; chlorure d'éthyle et chloroforme par exemple. Nous donnons

1. Les chirurgiens français qui l'emploient, admettent que l'éther, stimulant diffusible, atténue le choc déterminé par l'anesthésie.

les résultats de 196 cas, où dans notre statistique, nous trouvons noté le mode d'anesthésie. Les différents anesthésiques sont donnés seuls, ou associés, en des méthodes différentes :

| Anesthésique | Guér. | Morts | Tot. | Mortal. o/o |
|---|---|---|---|---|
| *Cocaïne* | 8 | 22 | 30 | 63,33 |
| Morphine, cocaïne | 1 | » | 1 | 0 |
| Cocaïne, éther | » | 3 | 3 | 100 |
| Cocaïne, chloroforme | 1 | 4 | 5 | 80 |
| *Chloroforme* | 21 | 37 | 58 | 63,79 |
| Morphine, chloroforme | 3 | 1 | 4 | 25 |
| Ether, chloroforme | 1 | 3 | 4 | 75 |
| *Ether* | 28 | 52 | 80 | 65 |
| Oxyde nitreux et éther | 5 | 5 | 10 | 50 |
| Stovaïne intra-rachidienne (cas de Sabadini). | » | 1 | 1 | 100 |

Pour les trois modes principaux d'anesthésie, les résultats sont en somme à peu près identiques, la cocaïne et le chloroforme étant un peu plus favorables que l'éther.

On peut donc conclure :

1° On emploiera l'anesthésie locale dans tous les cas où elle sera possible ;

2° Plus souvent, on aura à employer l'anesthésie générale, et on préférera le chloroforme.

### 2° L'incision

Parmi les auteurs, les uns préfèrent pour ouvrir l'abdomen l'incision médiane, les autres l'incision latérale.

« L'incision médiane sous-ombilicale, dit M. Michaux (séance du 20 mai 1908, de la Société de Chirurgie) conduit directement sur la perforation ; elle permet beaucoup mieux que toute autre l'exploration de l'intestin, le nettoyage de la séreuse péritonéale, la réparation de la perte de substance, et le drainage si utile du cul-de-sac de Douglas... L'incision iliaque droite ne donne certainement pas les mêmes facilités pour l'inspection de l'intestin,

elle ne fournit que des vues imparfaites et des voies d'accès indirectes sur le cul-de-sac de Douglas. »

M. Morestin cependant (séance du 11 mars) préfère l'incision latérale. « La recherche de la perforation peut être faite en partant du cæcum, très vite, très méthodiquement : l'on n'est aucunement gêné par l'intestin, et les manœuvres sont réduites à leur plus grande simplicité. »

Pour M. Quénu (séance du 25 mars), « l'incision dans la fosse iliaque a quelques inconvénients, au point de vue de la recherche et de la libération des anses adhérentes dans le petit bassin ; elle peut avoir des avantages au point de vue du drainage, et surtout au point de vue de l'entérostomie. »

Voyons les résultats que nous donne notre statistique :

| Situation de l'incision | Guérisons | Morts | Total | Mortalité o/o |
|---|---|---|---|---|
| Médiane..... | 43 | 115 | 158 | 72,78 |
| Latérale droite (sur le bord externe du droit. Incision de Jalaguier)..... | 42 | 72 | 114 | 63,15 |
| A travers le muscle droit.. | 8 | 9 | 17 | 52,70 |
| Oblique dans la fosse iliaque droite. (Incision de Roux)..... | 13 | 30 | 43 | 69,76 |
| Iliaque gauche..... | 1 | » | 1 | 0 |
| Latérale droite supérieure. | » | 1 | 1 | 100 |
| | | | 132 cas | |
| Et par rapport à la médiane : | | | | |
| Incisions latérales. | 63 | 111 | 174 | 63,79 |

1° La mortalité dans les cas opérés par incisions latérales est donc moins considérable que dans les cas opérés par incision médiane.

2° L'incision droite faite à travers le muscle droit, ou sur le bord externe de ce muscle, s'accompagne d'une mortalité moins élevée que celle faite obliquement dans la fosse iliaque.

3° Cette dernière présente une mortalité qui se rapproche de celle donnée par l'incision médiane.

L'incision droite faite un peu en dehors de la ligne médiane doit donc être préférée d'une manière générale. Elle donne autant que la médiane un accès facile sur la perforation, et plus de facilité pour l'extériorisation de l'anse malade, qui a pour nous une grosse importance.

### 3° Recherche de la perforation

Nous n'insisterons pas sur les règles habituelles : aller au cœcum, explorer l'appendice, remonter sur le grêle. Il suffit de rappeler que 9 fois sur 10 la perforation siège dans les 60 derniers centimètres de l'iléon.

Mais un point est capital pour le succès de l'intervention : c'est de ne pas laisser sortir les intestins hors de l'abdomen, de ne pas brasser les anses.

« Le chirurgien, dit Chantemesse, doit aller à la recherche de la perforation en faisant le moins de changement possible dans la position actuelle des anses intestinales, car des phénomènes de résistance, des dépôts de fibrine, et des embryons de fausses membranes sont déjà organisés pour immobiliser l'intestin et limiter l'infection. Il faut respecter, autant que possible, les adhérences en voie d'organisation.

« *Les malades que j'ai vus guérir après opération,* ajoute-t-il, *ont toujours été ceux chez lesquels le chirurgien avait fait le moins de bouleversement dans la position des anses.* »

Et ce point est un de ceux sur lesquels ont insisté les auteurs au dernier congrès des chirurgiens américains.

Parfois, la distension intestinale est très considérable, gênant les recherches, gênant les sutures, exposant pour plus tard à l'occlusion paralytique de l'intestin, ou à de nouvelles perforations. Il est alors possible d'employer le procédé dont se servirent Dandridge (120), Shœmacker (573) et Thompson (614) : la

*ponction de l'intestin*, permettant la sortie des gaz, et suivie d'un point de suture sur le point ponctionné. C'est là d'ailleurs un procédé d'exception.

La recherche de la perforation peut aboutir à deux éventualités :

1° Dans la très grande majorité des cas, le chirurgien trouve une ou plusieurs perforations ;

2° Dans quelques cas, la perforation n'est pas trouvée.

### *On ne trouve pas la perforation*

Dans 24 cas de notre statistique, on ne trouva pas la perforation au moment de l'opération. Elle existait cependant soit qu'elle fût trouvée, secondairement, à l'autopsie du malade, soit qu'il s'établît immédiatement après l'opération une fistule stercorale.

Ces 24 cas peuvent se diviser en deux catégories :

1° Ou bien le malade était en si mauvais état au moment de l'intervention que le chirurgien, devant aller vite, se contenta de drainer, sans chercher la perforation qui ne se présentait pas dès l'abord.

C'est ce qui se produisit dans les cas de :

*a*) Suivis de mort :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Audet | (18) | Felizet | (170) |
| Auvray | (21) | Van Hook | (634) |
| Bartleet | (28) | | |

*b*) Suivi de guérison :

Kœhler (317)

2° Ou bien la perforation se cache derrière des exsudats pseudo-membraneux, ou se trouve située en un point d'accès difficile, etc.

| Morts | | Guérisons | |
|---|---|---|---|
| *a*) Sur l'iléon : | | | |
| Bérard | (40) | Escher | (166) |
| Cachois | (76) | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gesselewitch et Kadjanow | (192) | Jones | (314) |
| Kœrte | (326) | | |
| Lavroff | (353) | Wladisslew | (654) |
| Mc Reynolds | (414) | | |
| Mauclaire | (435) | | |
| Platt | (519) | | |
| Setbon | (572) | | |
| Summers | (598) | | |
| Thomas | (611) | | |
| *b*) Sur le cæcum et l'iléon : | | | |
| | | Hartwell | (259) |
| *c*) Sur le côlon transverse : | | | |
| Celos | (84) | | |
| Da Costa | (109) | | |
| Scott | (566) | | |

Ces 24 cas donnent ici 5 guérisons et 19 morts, c'est-à-dire une mortalité de 79,16 0/0 (8 sur 10 environ). Ces résultats s'expliquent d'abord par ce fait qu'une partie de ces malades arrive presque *in extremis* à l'opération ; et encore parce que pour un certain nombre des cas il s'agit de perforations situées sur un segment du tube intestinal autre que l'iléon, impliquant un pronostic grave et de recherche difficile.

### 4° Traitement de l'intestin perforé

Il doit répondre à deux grandes indications.

1° Empêcher l'écoulement dans la cavité péritonéale de nouvelles doses de contenu intestinal septique ;

2° Empêcher l'apparition d'une nouvelle péritonite due à une réouverture de l'intestin.

Nous savons avec quelle fréquence se présente celle-ci.

### A. — Empêcher l'écoulement du contenu intestinal dans la cavité péritonéale

Le moyen qui se présente immédiatement à l'esprit est de fermer la perforation. C'est évidemment celui qu'on devra appliquer à la majorité des cas.

Mais, dans un certain nombre de cas, la fermeture de la perforation est impossible. Le chirurgien peut alors :

*a*) Ou faire écouler le contenu intestinal en dehors de la cavité péritonale, c'est-à-dire créer un anus contre nature. Procédé le plus simple ;

*b*) Ou réséquer l'anse intestinale malade, et faire une anastomose. Procédé mauvais, nous le verrons.

### I. — *Fermeture de la perforation*

A. — *Sutures.* — La suture de la perforation doit être pratiquée dans tous les cas où elle est possible. C'est un point admis par tous.

On devra d'abord se rappeler deux faits primordiaux :

1° Les fils de sutures placés sur les lèvres de la plaie, et qui passent à l'intérieur de la cavité intestinale, sont nécessairement infectés par le contenu de cette cavité. Ils peuvent donc contaminer encore le péritoine et tiennent mal.

On ne devra donc jamais se contenter de ce seul plan de sutures ;

2° Les surfaces séreuses accolées adhèrent entre elles très rapidement. Et cette prompte adhésion des séreuses suffit à créer presque immédiatement après l'opération une barrière efficace contre l'envahissement microbien.

Cette propriété de la séreuse péritonéale avait été déjà mise en relief par Jobert. Elle constitue le principe sur lequel est basée la suture séro-séreuse de Lembert.

On devra donc toujours faire un plan de suture séro-séreux.

(En réalité, on prend avec le fil toujours un peu du muscle sous-jacent : la suture en est plus solide.)

De plus, toute suture doit répondre à un certain nombre d'autres indications :

1° Les fils doivent être placés sur des parois saines et bien nourries.

2° La suture terminée doit amener une occlusion parfaite.

3° Elle doit pouvoir être exécutée rapidement.

La meilleure sera évidemment celle qui, donnant le maximum de sécurité, demandera le minimum de temps.

4° Enfin, elle ne doit entraîner après elle aucun obstacle au libre cours des matières.

Faite transversalement au grand axe de l'intestin, la suture détermine à ce niveau la formation d'une coudure et d'un éperon saillant à l'intérieur de la cavité intestinale. Aussi ne doit-on jamais faire une *suture transversale*.

La *suture longitudinale* (c'est-à-dire faite suivant le grand axe de l'intestin) est la plus communément employée. Elle détermine cependant un léger rétrécissement de l'intestin. Dans les cas où celui-ci deviendrait trop grand, et par conséquent dangereux, la suture ne peut être pratiquée, la brèche intestinale laissée ouverte, ou sa fermeture demandée à un artifice opératoire.

La *suture en bourse* ne peut convenir qu'aux cas où la perforation est assez petite et arrondie. Le fil est passé tout autour ; et, en le serrant, on détermine un accolement par froncement des lèvres.

Les procédés de suture sont multiples.

La suture à deux plans comprend toujours un plan superficiel séro-séreux ; le plan profond prenant :

*a*) La muqueuse seule (suture de Wœlfler) ;

*b*) Toute la paroi intestinale (suture d'Albert-Hartmann) ;

*c*) La séreuse seule (suture de Czerny).

Dans ce dernier procédé, on a donc deux plans séro-séreux superposés.

On peut placer les fils de façons diverses :

*a*) Points séparés perpendiculairement au grand axe de l'intestin ;

*b*) Surjet ;

*c*) Suture de Halsted, série de fils séro-séreux en U, conduits perpendiculairement à la section viscérale ;

*d*) Suture de Gély, avec entrecroisements en X des fils ; suture semblable au « piqué double » des cordonniers.

Signalons les sutures à deux fils : suture d'Emmert ; suture de Chaput.

La suture la plus simple sera toujours la meilleure. On fera donc, suivant les règles énoncées plus haut, toujours deux plans de sutures :

1° Un plan profond avec :

*a*) Ou une suture en bourse ;

*b*) Ou une suture longitudinale (surjet, de préférence) placée :

*α*) Soit sur les lèvres de la perforation et prenant toute la paroi ;

*β*) Soit plus ou moins loin de la perforation et prenant une partie de la paroi. Les lèvres de la brèche intestinale sont retournées en dedans ; l'accolement se fait en serrant les fils. C'est le procédé de l'enfouissement.

2° Un plan superficiel, séro-séreux, avec un surjet, ou plutôt quelques points séparés à la Lembert.

Si les lèvres de la perforation ne sont pas trop indurées, ni déchiquetées, ni amincies, que les fils puissent tenir, on suturera simplement, quelquefois après un léger avivement des bords.

Dans les cas où la perforation repose sur une plaque de Peyer assez large et indurée, friable, on pourrait faire rapidement une excision losangique de l'intestin et suturer la nouvelle plaie créée (Chaput). Il est évident qu'une excision large amènerait, après suture, un rétrécissement de l'intestin.

Cholzoff (93) fit ainsi l'excision d'une portion ovalaire ; Depage (150) une résection en V.

B. — *Greffes*. — Pour renforcer une suture peu solide, ou même pour obturer un orifice impossible à suturer, on peut

encore au niveau de la perforation appliquer de l'épiploon, du mésentère, une autre anse intestinale, etc.

*a*) La greffe intestinale fut inventée par Gély, Privat, et perfectionnée par Chaput. Nous la trouvons employée une fois dans notre statistique : cas de Michon (441).

*b*) La greffe mésentérique fut employée par Quénu (532), et Roux (546). Brown (70), signale l'application sur la suture d'une « membrane de Cargile ».

*c*) La greffe épiploïque est la plus employée. Tantôt c'est une simple frange épiploïque fixée sur la perforation par quelques points. Ou bien l'anse intestinale perforée est entourée complètement avec l'épiploon, qu'on fixe aux deux faces du mésentère, et par quelques points sur la perforation. Nous la trouvons employée six fois dans notre statistique. Cas de :

Legueu (368).
Miclescu (443).
Monod (471).
Moty (480).
Moty (481).
Mower-White (482).

II. — *Anus artificiel.*

Dans les cas où la suture est impossible à pratiquer, en raison de la grandeur de la perforation ou de la trop grande friabilité des bords, le procédé le plus simple est évidemment d'amener l'anse malade à l'incision, et de fixer la perforation aux lèvres de la plaie abdominale : ainsi est créé un *anus artificiel.* Celui-ci a de plus l'avantage de permettre une cicatrisation plus rapide des lésions intestinales sous jacentes laissées au repos.

Nous le trouvons signalé dans 16 cas :

Allingham ( 8).
Bartleet ( 29).
Chappet ( 88).
Da Costa (111).
Lavroff (354).
Leriche (376).
Levison (377).
Moschowitz (479).

| | | | |
|---|---|---|---|
| Escher | (167). | Munro | (489). |
| — | (168). | Watson et Bowditch | (648). |
| — | (169). | Weir | (650). |
| Fulton | (187). | | |

Dans le cas de Abbe 2, l'intestin est recouvert au-dessus des deux perforations suturées, et ce nouvel orifice fixé à l'incision abdominale.

### III. — *Résection intestinale*

Dans 15 cas de notre statistique, on fit une résection plus ou moins large de l'anse perforée.

Deux cas seulement guérirent :

Hill (287)

Trojanoff et Netschaïeff (628)

Les 13 autres se terminèrent par la mort :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gesselewitch et Dombrowski | (191) | Lavroff | (339) |
| Gesselewitch et Wanach | (193) | Lavroff | (343) |
| Gesselewitch et Wanach | (194) | Lavroff | (355) |
| Gibbon | (203) | Margarucci | (424) |
| Gosset | (212) | Menestrina | (436) |
| Hutchinson J.-P. | (310) | Trojanoff et Netschaïeff | (627) |
| Kholtzoff | (321) | | |

C'est-à dire une mortalité de 86,66 0/0. La résection intestinale, opération longue et grave, ne doit donc jamais être employée comme traitement chirurgical des perforations intestinales typhiques.

C'est pour les mêmes raisons de longueur et de gravité considérable, qu'on ne peut accepter l'entero-anastomose iléo-sigmoïdienne après écrasement et ligature de l'intestin grêle, sur laquelle revenait M. Souligoux, dans la séance du 11 mars 1908 de la Société de Chirurgie.

### B. — Empêcher l'apparition d'une nouvelle péritonite due à la réouverture de l'intestin

Celle-ci, nous le savons, est due à deux causes :

1° La *suture ne tient pas ;* la perforation se reproduit.

Le mode de suture permettra d'éviter cette première cause dans la majorité des cas. Le chirurgien devra :

a) *Placer toujours ses fils en tissus sains et bien nourris ;*

b) *Ne jamais employer de fils résorbables ;* ne jamais se servir par conséquent de catgut. Dans notre statistique, nous trouvons ainsi 3 cas : Courtney (99), Monod (472), Nevison (502) dans lesquels la mort fut la conséquence de la résorption d'une suture faite avec du catgut.

On fera de préférence la suture avec de la soie, ou encore du fil de lin, etc.

2° Le processus ulcératif continuant son action, *une ou plusieurs nouvelles plaques de Peyer se perforent.*

Il n'est pas donné au chirurgien de pouvoir empêcher l'évolution du processus typhique. Son rôle devra se borner à renforcer par quelques points de suture les plaques de Peyer ulcérées qui lui paraîtraient menaçantes.

Par contre, il lui est possible de mettre son malade à l'abri, dans la majorité des cas, des conséquences funestes qui résulteraient d'une réouverture de l'intestin, si elle se faisait en plein péritoine.

Quelle que soit la cause, en effet, si la rupture se fait en pleine cavité péritonéale, c'est une nouvelle péritonite qui éclate et à évolution suraiguë. Mais, qu'il se soit fait, à la suite de l'intervention, des adhérences protectrices isolant la grande cavité, le contenu intestinal s'écoulera au dehors sans danger. C'est là une indication précise que la nature vient donner au chirurgien.

Les lésions ulcératives, dont la perforation est le terme ultime, siègent presque uniquement, ou à leur maximum, sur la toute dernière partie de l'iléon. Isoler cette portion malade, l'extérioriser pour ainsi dire, jusqu'à ce qu'elle ne soit plus un danger pour le péritoine, c'est la conséquence logique à laquelle doit arriver le chirurgien qui veut être prévoyant.

Le traitement de l'anse malade ne doit pas alors se borner à la suture du point perforé. Il faut accoler cette anse à l'incision

abdominale, l'isoler largement par des mèches de gaze de la grande cavité, au besoin la suturer par quelques points au niveau de la plaie abdominale, ou encore la retenir, comme le fit Duvergey, en passant une sonde de gomme à travers le mésentère. Et s'il survient secondairement une nouvelle perforation, si, la suture, tenant mal la perforation se reproduit, on n'aura plus à craindre une péritonite mortelle.

Cet accolement s'imposait d'ailleurs dans les cas où il existait plusieurs perforations difficiles à suturer sur l'anse, où celle-ci présentait un amincissement dangereux, ou plusieurs plaques menaçantes. C'est une pratique de prévoyance à généraliser ; c'est un des moyens de diminuer la mortalité considérable qui grève encore le traitement opératoire des perforations intestinales typhiques.

Cependant, s'il est facile d'extérioriser ainsi une petite partie de l'iléon, il peut être plus difficile (mais non impossible) d'isoler une partie du côlon. Et le procédé devient inapplicable si l'on se trouve en présence du côlon iléo-pelvien. Mais les perforations de celui-ci sont si exceptionnelles !

Seize fois dans notre statistique, nous trouvons mentionné cet isolement de l'anse malade, et son accolement à l'incision abdominale.

Dans 4 cas, la mort survint :

Duvergey (157)
Hays (282), mort par toxémie typhique.
Kyle (328), mort par toxémie typhique.
Loison (382)

Dans les 12 autres cas, il y eut guérison :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Battle | (32) | Hays | (281) |
| Belgrano | (36) | Hill | (287) |
| Cushing | (107) | Hutchinson J.-P. | (309) |
| Da Costa | (111) | Le Conte | (362) |
| Hays | (279) | Loison | (381) |
| Hays | (280) | Vincini | (639) |

Or, dans 9 de ces 12 cas (sauf ceux de Battle, Hays (281), Loison), il se produisit une réouverture de l'intestin.

Parmi eux, dans le cas de Belgrano, il y eut deux fistules stercorales successives ; dans celui de Vincini, trois successives. Et cependant, les malades guérirent !

Ces 16 cas donnent une mortalité de seulement 25 0/0. Ils comprennent toute une série de cas graves, qui, traités autrement, seraient venus grossir encore la liste des morts.

On peut donc résumer ainsi le traitement de l'intestin perforé :

1° Faire la suture de la perforation dans tous les cas où elle sera possible. Alors :

*a*) Faire toujours une suture à deux plans, au moins, le superficiel séro-séreux ;

*b*) Ne jamais employer de catgut (suture résorbable) ;

*c*) La renforcer, s'il paraît nécessaire, par une greffe (épiploïque, etc.) ;

2° La suture peut être impossible.

*a*) Soit parce qu'elle déterminerait un rétrécissement dangereux de l'intestin ;

*b*) Soit, parce que les parois intestinales étant très friables, les fils ne tiennent pas.

Dans ce cas :

Essayer une greffe ;

) Ou faire un anus artificiel ;

3° Ne jamais faire de résection intestinale ;

4° Dans tous les cas, isoler l'anse malade de la grande cavité péritonéale, et l'accoler à l'incision abdominale.

### 5. — Traitement de la péritonite

Les points de vue nouveaux signalés par les nombreux auteurs qui se sont occupés dans les dernières années du traitement des péritonites généralisées, surtout les faits si remarquables appor-

tés au dernier Congrès des Chirurgiens américains (mai 1908), permettent d'établir de façon plus rationnelle la ligne de conduite que doit tenir le chirurgien, et d'espérer par suite une amélioration notable des résultats opératoires.

Lennander disait : « C'est l'infection qui tue, et la péritonite qui sauve. » De cette notion, que la péritonite n'est qu'une réaction de défense, découlent deux règles primordiales :

1° *Ne pas affaiblir cette défense.*

Précocité de l'intervention, exécution rapide, sobriété d'anesthésiques, tout cela vise au même but : économiser les forces du malade. Nous avons vu précédemment que les résultats venaient confirmer cette conclusion logique.

2° *Venir le plus tôt possible au secours de la nature.*

Ouvrir le péritoine rempli de liquide septique, comme on ouvre un abcès : personne ne discute ce point. Mais où se marque le mieux l'évolution si intéressante qui s'opère actuellement, c'est quand il s'agit de savoir ce qu'il faut faire ensuite:

### a) Pas d'essuyage ni de lavage

Jusqu'ici la majorité pensait que l'ouverture du péritoine n'était qu'un premier pas, et qu'un second s'imposait tout d'abord, la désinfection de la séreuse.

L'étude du mécanisme des péritonites, l'expérience des chirurgiens ont démontré la fausseté de cette conception qui paraissait de prime abord si logique.

Le pus est le produit d'une réaction de défense, il témoigne d'une infection, mais il n'est pas l'agent infectant. On n'aura donc pas le moins du monde désinfecté en enlevant seulement le pus. Car les véritables agents d'infection resteront fixés dans la séreuse péritonéale.

Et d'autre part, on aura contribué à augmenter l'intoxication du malade, activé la résorption des toxines, diminué la résistance des cellules, par des malaxations intempestives, et par des

altérations cellulaires comme celles que déterminent l'essuyage ou le lavage abondant de la séreuse.

Ces faits sur lesquels insistait devant nous M. le professeur Chantemesse, dans une récente conversation, les résultats opératoires des chirurgiens américains et encore, nous le verrons aussi, ceux de notre statistique, viennent en confirmer l'exactitude.

En face du péritoine en pleine réaction, on doit se comporter, dit Murphy, « comme en présence d'une ostéomyélite aiguë ».

La justesse de ces conceptions se trouve dans l'étude des statistiques apportées par les auteurs américains. Elles concernent des péritonites purulentes généralisées de causes diverses. Ross lave abondamment à la solution physiologique jusqu'à ce que l'eau ressorte claire, et en promenant sa canule dans les points d'élection du pus : sa statistique donne 53 0/0 de succès. Fowler et Murphy suivent tous les deux une technique analogue, mais Fowler continue les lavages et les exécute même avec un soin méticuleux : il a 67 0/0 de guérisons. Murphy ne fait pas de lavages : il obtient le chiffre de 96 0/0 de guérisons.

Cette méthode qui s'applique à toutes les péritonites quelle qu'en soit la cause, s'applique donc à la péritonite par perforation intestinale. On doit bannir à jamais ces grands lavages de la séreuse, sur lesquels on insistait tant. On doit bannir cet essuyage minutieux des anses intestinales, de la surface et des récessus de la cavité péritonéale, des culs-de-sac, qui semblait l'accompagnement obligé d'une opération bien conduite.

Cependant, une restriction s'impose dans le cas de la péritonite par perforation intestinale typhique. On trouve dans le petit bassin un épanchement qui n'est pas seulement le résultat d'une réaction de défense mais qui comprend le contenu intestinal septique, déversé par la perforation. Il y aura alors avantage à en débarrasser la cavité ; quelques compresses de gaze, rapidement, ABSORBERONT le liquide. S'il y a épanchement de matières stercorales épaisses, une abstersion très rapide et très douce, locale, avec une compresse humide, permettra facilement de

l'enlever. Mais on se gardera bien d'*essuyer*, de *frotter* la surface du péritoine.

Notre statistique nous donne les résultats suivants :

| | Guérisons | Morts | Total | Mortalité o/o |
|---|---|---|---|---|
| Drainage seul (sans essuyage, ni lavage)..... | 25 | 36 | 61 | 59,01 |
| Drainage et essuyage..... | 20 | 38 | 58 | 65,51 |
| Drainage et lavage..... | 73 | 168 | 241 | 69,70 |
| | | | 360 | |

Les résultats les meilleurs sont donc obtenus avec le drainage seul, sans essuyer ni surtout laver.

### b) Drainage

#### 1° *Doit-on drainer ?*

Les travaux de Peiser nous apprennent que, dans les péritonites en général, l'absorption des microbes par le péritoine passe par trois phases :

α) Dans les premiers stades de l'inflammation, l'absorption est assez active.

β) Puis, en cas de résistance efficace de l'organisme, l'absorption diminue rapidement, bien que les microbes pullulent de plus en plus dans la cavité séreuse.

γ) Enfin, dans une troisième période, que l'on peut appeler la défaite du péritoine, il y a recrudescence des résorptions septiques.

Malheureusement, chez le typhique, la résistance de l'organisme est diminuée et la gravité de l'infection péritonéale par le liquide si septique venu de l'intestin est à son maximum. Il ne s'agit plus de compter uniquement sur la puissance défensive du péritoine ; et il y a un intérêt primordial à débarrasser

la cavité des liquides exsudés où viennent se multiplier les microbes.

La rétention de ce liquide « donne, dit M. Chantemesse, la clef du mécanisme essentiel de la mort ».

A l'autopsie, au fond de la coupe formée par le bassin « on rouve toujours, dans le cul-de-sac de Douglas, une quantité de liquide égale à un verre, ou un demi-verre, parfois plus grande, liquide trouble, sanieux, louche » ..... « où grouillent d'innombrables microbes ».

### 2° *Drains*

On peut les diviser en trois catégories :

1° *Mèches de gaze* (simple, iodoformée, salolée, bismuthée, etc); l'écoulement des liquides s'effectuant par phénomène de capillarité.

2° *Tubes*. — Ils sont souples (caoutchouc habituellement) ou rigides (verre, très employé en Amérique, etc).

*N.-B.* — Citons les drains de Keith, drains-cigarettes, etc. Certains chirurgiens :

α) Entourent le tube de mèches de gaze ;

β) Ou placent une mèche de gaze à l'intérieur du tube (surtout rigide).

3° *Gaze et tubes*. — Nous pouvons en rapprocher le drainage dit à la Mikulicz.

Nous citerons, pour mémoire, les résultats que nous donne sur ces différentes méthodes notre statistique :

| | Guérisons | Morts | Total | Mortalité o/o |
|---|---|---|---|---|
| **Gaze seule** | 30 | 36 | 66 | 54,54 |
| **Tubes seuls** | 21 | 38 | 59 | 64,40 |
| **Tubes et gaze** | 15 | 36 | 51 | 70,58 |
| **Mikulicz** | 3 | 7 | 10 | 70 |
| | | | 186 | |

Il semblerait donc que le drainage avec la gaze seule fût le meilleur.

Nous ne faisons que signaler ces résultats. Car la façon d'appliquer le drain est certainement plus importante que ce drain lui-même. Et c'est pourquoi, peut-être, la gaze, qui draine toujours, grâce aux phénomènes de capillarité, donne globalement les meilleurs résultats.

### 3° *Comment drainer ?*

On a fait au drainage abdominal un certain nombre de reproches. Ils s'adressent surtout d'ailleurs au drainage par les tubes.

*J. G. Clark* (*John's Hopkins Hospital Reports*, 1899, p. 1) les énumère ainsi :

1° Irritation traumatique et chimique produite par le drainage matériel ;

2° Retard de guérison ;

3° Drainage non effectif des liquides et matières infectieuses ;

4° Infection fréquente par le canal de drainage ;

5° Obstruction post-opératoire de l'intestin ;

6° Fistule stercorale suivant l'usage du drain ;

7° Complications vésicales ;

8° Hernie post-opératoire dans le drain.

*Greaves* a abandonné complètement, dit-il, la méthode consistant à mettre un tube de drainage en verre à l'extrémité inférieure de l'incision abdominale, pour les raisons suivantes :

1° Le drain présente un désavantage mécanique parce que le malade est couché sur le dos et que tout le liquide doit passer en remontant.

2° Attendu qu'un repos absolu est désirable dans tous les cas de péritonite généralisée, mais spécialement dans la fièvre typhoïde, la présence d'un tube de drainage ajoute aux difficultés des soins, et surtout à cause de l'emploi constant d'une seringue aspiratrice.

3° Le tube de drainage constitue un chemin tout ouvert pour l'intrusion des germes à travers lui.

4° Le tube de drainage, s'il est flexible, est aisément obstrué et devient alors inutile ; s'il est rigide, il constitue une pression dangereuse pour l'intestin ou la vessie.

5° En retirant le tube, une petite portion de l'intestin (surtout l'appendice, le diverticule de Meckel, une frange épiploïque) peut être entrée dans le tube et être retirée avec lui.

Le drainage, ajoute-t-il, cependant doit être réservé pour les cas très septiques et appliqué alors plutôt à la région lombaire que dans l'incision abdominale.

Le seul fait important à retenir de ces critiques, c'est qu'en réalité il n'y a pas drainage effectif des liquides septiques ; surtout si le malade est couché sur le dos, les liquides devant passer en remontant.

Il ne remplit pas en effet la condition essentielle de tout drainage utile : être placé au point le plus déclive.

*Comment doit-on comprendre alors le drainage, pour qu'il y ait écoulement facile des liquides au dehors ?*

« Le cadavre étant *couché* sur la table de l'amphithéâtre, dit M. Chantemesse (séance du 6 mai 1908, de la Société de Chirurgie), le bassin forme une vaste coupe à bord circulaire *horizontal*, dans laquelle plongent les organes pelviens et des anses intestinales. Au fond de cette coupe, dans le cul-de-sac de Douglas, on trouve toujours du liquide. »

Il ajoute : « Si l'on enfonce le doigt perpendiculairement au centre de cette cavité contenant du liquide, on sent qu'il déprime la masse musculaire du périnée et qu'il viendrait faire saillie un peu en avant de l'orifice anal. *C'est dans cette région chez l'homme, et dans le cul-de-sac vaginal chez la femme, que, théoriquement, devraient être placés les drains d'évacuation de ce liquide.* »

Ces conclusions, auxquelles on ne peut que se rallier parce qu'elles sont logiques, s'adressent aux cas où le corps est étendu horizontalement.

Si l'on admet qu'on doit donner à l'opéré la position de Fowler, on peut peut-être envisager le drainage d'une façon un peu différente.

Trois faits sont à noter :

1° Si le détroit supérieur (qui forme le bord de la coupe constituée par le bassin) est horizontal dans la position couchée, sur l'homme debout il est par contre fortement incliné en bas et en avant. Son plan vient alors, d'après Poirier, faire un angle de 55 à 60 degrés avec le plan horizontal.

Dans la position de Fowler, l'angle sera moins considérable (30, 40, 45 degrés) : mais, en tous cas, il est certain que le plan du détroit supérieur sera toujours oblique en bas et en avant.

2° Quand on examine le contenu du bassin, on voit que le plan médian est largement occupé par la vessie dans les deux sexes, et de plus chez la femme par l'utérus. Par contre, sur les côtés, existent deux véritables rigoles, vers lesquelles s'inclinent les pentes formées par les fosses iliaques. Ces deux rigoles partent en arrière du cul-de-sac de Douglas et viennent se terminer en avant, de chaque côté, un peu en dehors de la ligne médiane.

3° Dans la position assise, le bassin basculant en avant, le fond du cul-de-sac de Douglas, quoique toujours le point le plus déclive de la cavité abdominale, se rapprochera sensiblement du plan horizontal passant par les épines pubiennes.

Et ces considérations anatomiques nous permettent d'arriver à une conception rationnelle du drainage.

1° L'écoulement des liquides devant être largement assuré, on fera du côté gauche, dans un point sensiblement identique à l'incision verticale primitive, c'est-à-dire environ sur le bord externe du muscle droit, une contre-ouverture de plusieurs centimètres.

2° On comblera par un large tamponnement à la gaze le cul-de-sac de Douglas ; ce qui supprimera ce récessus naturel où viennent s'accumuler les liquides septiques ; et le tamponnement

étant abondant tendra à les faire s'écouler vers la partie antérieure.

L'extrémité des mèches de gaze qui auront servi au tamponnement du cul-de-sac, suivant la direction des rigoles latérales, viendra sortir par les incisions de la paroi abdominale.

3° Sur ces mèches, on placera de chaque côté un gros drain en caoutchouc, à parois perforées, et qui, plongeant en arrière jusqu'au cul-de-sac tamponné, sortira en avant par l'incision abdominale où il sera fixé par un crin.

Et ainsi on peut comprendre que le drainage réunira les conditions qu'on doit lui demander. Les liquides septiques, ne pouvant s'accumuler dans le cul-de-sac de Douglas et guidés par les pentes naturelles, trouveront leur voie d'évacuation rationnelle dans ces canaux de drainage que leur constitueront les drains. La gaze aidera, par ses fonctions propres, à cette évacuation des exsudats.

Dans les cas où pourrait surgir un doute sur le libre écoulement de tout le liquide, il serait toujours possible de faire l'aspiration par les drains. Mais la méthode, bien appliquée, ne doit pas conduire à cette éventualité.

### 6° Traitement de l'incision abdominale

*A*. — Dans le traitement chirurgical de la perforation typhique, tel que nous l'avons compris, l'incision abdominale doit être *laissée complètement ouverte*. Il vient s'y accoler en effet l'anse perforée; et à sa partie inférieure débouchent la gaze et le tube du drainage.

*B*. — Dans 28 cas de notre statistique, la paroi abdominale fut *fermée sans drainage*. Ils se terminèrent :

Guérisons : 11.
Morts : 17.

C'est-à-dire une mortalité de 60,71.

Il est évident qu'ils s'adressaient à des cas paraissant très favo-

rables de perforation intestinale. Or, si l'on analyse les cas de morts, on en trouve qui auraient pu être évités par une autre méthode :

Nouvelle perforation :

Beach (34) (2e opération) Roughton (544).

Plusieurs furent entraînés rapidement par la péritonite : Dunn (156), Thomas (611), etc.

Dans le cas de Taylor W. (607), la mort survint à la suite d'une deuxième opération pour obstruction intestinale aiguë. On avait laissé, avant de fermer, plusieurs pintes de sérum dans l'abdomen. (De même dans le cas de Thomas.)

## V. — SOINS POST-OPÉRATOIRES

Ils présentent, au point de vue des résultats, une importance très considérable.

On continuera à soutenir énergiquement l'état général du malade : injections répétées et abondantes de sérum ; huile camphrée, strychnine. On fera de nouvelles injections de ce puissant antiseptique interne qu'est l'électrargol.

On conservera soigneusement le malade dans la position de Fowler.

Le sérum en injections sous-cutanées favorise l'élimination des toxines du sang. Murphy conseille de l'employer encore en lavements, estimant de plus qu'il y a avantage à débarrasser l'intestin des matières qu'il contient. C'est Warbasse qui, dans un article de *American Journal of the Medical Sciences* de juillet 1905, conseillait le premier cette méthode, que Ross combat d'ailleurs.

Peut-être encore, avec les auteurs américains, pourrait-on donner aux opérés, à partir de la douzième heure, un peu d'eau de boisson (Evian, Thonon, Vittel, etc.) par cuillerées à café.

« J'ai moi-même suivi pendant longtemps cette pratique, dit Moty, mais j'ai constaté que les rechutes mortelles coïncidaient

souvent avec l'ingestion de ces faibles quantités d'eau. D'après la pratique des chirurgiens américains, ce ne seraient là que de simples coïncidences. » Il vaudrait donc mieux s'en abstenir dans la majorité des cas et retarder jusqu'au delà de la vingt-quatrième heure toute absorption de liquide par la bouche.

Nous signalerons enfin un procédé recommandé par M. Chantemesse : le surchauffage intermittent de l'abdomen (à l'aide d'un appareil spécial, mais que l'on peut réaliser aisément par d'autres procédés). Il aurait pour effet de dilater les capillaires abdominaux, de faciliter la diapédèse, d'exalter la phagocytose, en un mot d'augmenter les procédés de défense de l'organisme.

Les mèches de gaze seront retirées au bout de quelques jours (3, 4, ou même plus). Les drains seront alors changés ; remplacés par d'autres de même calibre, mais un peu plus longs, et poussés jusque dans le fond du cul-de-sac de Douglas.

Le traitement chirurgical de la perforation intestinale typhique, ainsi logiquement conduit, répondant aux conditions qu'on doit lui demander, ménager des forces du malade, curateur et prévoyant, permettra d'améliorer dans une large mesure les résultats opératoires encore si mauvais.

## OBSERVATIONS

(*classées d'après les noms des opérateurs*)

1. — *Abbe.* (*New-York Medical Record*, 5 janvier 1895. Keen, 25. Finney, 1.)

Femme, vingt et un ans. Perforation dans la troisième semaine d'une fièvre typhoïde typique. Douleur subite, vomissement, collapsus ; température : 38°9.

*Opération* deux jours après le début. Pouls, 140, température, 40 degrés. Ether. Incision médiane. Péritonite purulente ; intestins distendus et couverts de lymphe ; 1/2 litre de pus dans le pelvis. Perforation de 6 millimètres de diamètre sur l'iléon. Lavage au sublimé à 1/20.000 ; sutures de Halsted. Gaze iodoformée. Incision laissée ouverte. Durée : trois quarts d'heure. Légère fistule fécale pendant deux semaines.

*Guérison.*

2. — *Abbe.* (Keen, 84.)

Homme, vingt-neuf ans, soldat de Cuba, épuisé. Perforation dans la deuxième semaine d'une rechute.

*Opération* sept heures après. Laparotomie médiane. Liquide verdâtre et trouble. Injection de l'intestin grêle. Deux perforations sur l'iléon, à 20 et à 35 centimètres de la valvule. Suture. Irrigation saline. Tube de drainage en verre dans le pelvis. Au-dessus des perforations, intestin réouvert et fixé à l'incision abdominale. Drainage du contenu intestinal en plaçant là un tube en caoutchouc.

*Mort* onze heures après l'opération.

3. — *Abbe.* (Keen, 85.)

Homme, trente ans, soldat de Cuba, épuisé. Perforation dans la huitième semaine d'une fièvre typho-malarienne.

*Opération* douze heures après. Péritonite généralisée ; contenu

intestinal dans le péritoine. Perforation sur l'iléon à 45 centimètres de la valvule. Suture. Lavage. Drainage du pelvis par un tube de verre et de la gaze.

*Mort* trois jours et demi après.

4. — *Alexandroff. Comptes rendus de l'Hôpital Saint-Olga.* Moscou, 1890, p. 198. — *Laitop. Khirurg. obshtsh. v. Mosk.*, 1891, X, 121-129. — *Journal de Clinique et Thérapeutique Infantiles.* Paris, 1894, II, 735. — *Annals of Surgery*, 1897, I, 267. Keen, 27. Finney, 2).

Homme, neuf ans. Perforation le huitième jour d'une fièvre typhoïde bénigne. Douleur abdominale soudaine, vomissements répétés, faiblesse du pouls.

*Opération* vingt-quatre heures après. Chloroforme. Incision médiane. Grande quantité de liquide trouble, d'odeur fécaloïde. Ulcérations nettement visibles sur l'intestin distendu. Trois larges perforations sur l'appendice. Ablation de l'appendice. Suture à la soie. Lavage avec solution boriquée. Drainage. Pansement iodoformé. Durée : vingt-cinq minutes.

*Mort* une demi-heure après.

*Autopsie.* — Confirme le diagnostic de fièvre typhoïde.

5.— *Allen C. W.* (*New-Orleans Medical and Surgical Journal*, 1904-1905, LVII, p. 904.)

Octobre 1901. — Homme, quinze ans. Fièvre typhoïde ambulatoire, depuis environ une semaine. Après un effort, au tennis, douleur abdominale intense sous forme de colique, nausées, faiblesse, envie d'aller à la selle. Effort de défécation sans succès. Deux heures après, facies hippocratique, distension abdominale modérée, douleur considérable surtout périombilicale, pouls rapide et faible ; température 37°8, état de shock, un vomissement. Palpation et percussion de l'abdomen, toucher rectal, négatifs. Diagnostic d'obstruction intestinale ; opération refusée. Doses considérables de morphine. Développement des signes de péritonite, vomissements constants, température rectale, 39°4.

*Opération*, à peine vingt-deux heures après le début des accidents. Ether. Incision médiane. Intestins très distendus ; un peu de gaz et de liquide trouble, d'odeur fécaloïde. Pas d'adhérences. A l'extrémité inférieure de l'iléon sur le bord libre, plusieurs plaques rouges. Sur l'une d'elles, petite perforation. Quelques sutures à la Lembert. Drain de gaze.

*Mort* deux heures après.

6. — *Allen D. P.* (C. E. Briggs. *American Journal of the Medical Sciences*, 1902, n. s. CXXIII, p. 43, cas 3.)

Février 1900. — Homme, trente et un ans. Fièvre typhoïde légère. Rechute modérément sévère. Leucocytes : 5.700. Widal positif. Constipation, pas d'hémorragies. Perforation le douzième jour de la rechute (quarante-troisième jour de maladie) : douleur abdominale sévère, sensibilité généralisée, distension modérée, rigidité musculaire marquée du côté droit ; ascension du pouls ; pas de changement de la température, légers vomissements. Leucocytes : 31.600.

*Opération* une heure après. Cocaïne (1 o/o). Incision latérale droite. Un peu de liquide brunâtre. Perforation sur l'iléon à 45 centimètres de la valvule. Double suture continue de soie à la Lembert. Irrigation à l'eau stérilisée. Drainage : gaze et tube de verre. Durée : vingt-cinq minutes.

*Mort* cinquante-huit heures après l'opération, de toxémie typhique.

*Autopsie.* — Suture intacte ; pas d'autres perforations ; pas de péritonite généralisée.

7. — *Allen D. P.* (*Ibid.*, p. 50, cas 6).

Août 1900. — Homme, vingt-huit ans. Entre à l'hôpital avec signes de péritonite généralisée. Malade depuis huit jours ; céphalée, douleur abdominale, un peu de distension, diarrhée suivie de constipation. Widal positif ; pas d'hémorragies intestinales. Leucocytes : 10.600. Distension abdominale marquée, rigidité, douleur et sensibilité.

*Opération.* — Ether. Incision latérale droite. Liquide abdominal trouble. Perforation sur l'iléon à 30 centimètres de la valvule. Sutures continues de catgut à la Lembert. Lavage à l'eau stérilisée. Drainage : gaze et tube de verre. Durée : trente minutes.

*Mort* quatre heures après, de péritonite généralisée.

*Autopsie.* — Suture intacte ; pas d'autres perforations ; péritonite généralisée.

8. — *Allingham.* (*Transactions of the clinical Society of London*, vol. XXVII. — *The British medical Journal*, 1894, I, p. 578. — Keen, 24. — Finney, 3.)

*Operation.* — Bords de la perforation si malades qu'ils sont suturés à l'incision abdominale.

*Mort.*

9. — *Anderson* (A.-R. Handford et Anderson. *British medical Journal*, 23 juillet 1898, II, 220. — Keen, 86.)

Homme, vingt-sept ans. Perforation probablement le trente-troisième jour d'une fièvre typhoïde légère.

*Opération.* — Vingt-deux heures et demie après. Incision médiane sous-ombilicale. Issue de gaz et de matières fécaloïdes; intestins congestionnés et couverts de lymphe. Perforation à 90 centimètres du cæcum, de la grandeur d'une fève. Sutures de Lembert à la soie. Nettoyage des anses intestinales avec des compresses imbibées de sublimé au 1/2.000. Pas de drainage.

*Guérison.* — Retardée par des complications rénales.

10. — *Andrews E.-W.* (*Annals of Surgery*, 1902, XXXVI, p. 623. Chicago surgical Society.)

Perforation intestinale typhique.

*Opération.*— A 5 heures du matin, le diagnostic ayant été posé à minuit.

*Guérison.* — Rechute de typhoïde.

11. — *Armstrong G.-E.* (*British medical Journal*, 1896, II, p. 1621. — *Montreal medical Journal*, février 1897, p. 601. — Keen, 52 et 55. — Finney, 4 et 8.)

Homme, vingt-huit ans. Perforation le dixième ou treizième jour de la fièvre typhoïde.

*Opération.* — Dix-huit heures après. Dans la cavité abdominale, gaz, matières fécales, sérum et liquide séro-purulent. Perforation à 15 centimètres de la valvule. Deux rangs de sutures de Lembert. Lavage avec solution saline normale. Drainage avec gaze iodoformée et tube de verre. Le vingt-quatrième jour, une seconde perforation visible à travers l'incision. Absence presque complète de pouvoir réparateur; après l'ablation de sutures, l'incision se rouvre. Le vingt-huitième jour, troisième perforation avec considérable perte de sang.

*Mort.* — De péritonite pelvienne, quarante jours après l'opération.

*Autopsie.* — Fermeture complète de la première perforation.

12. — *Armstrong G.-E.* (*British Medical Journal*, 1896, II, p. 1621. — Keen, 53. — Finney, 5.)

Homme, vingt-sept ans. Perforation à la fin de la troisième semaine.

*Opération.* — Vingt-six heures après. Perforation à 25 centimètres de la valvule.

*Mort.* — Douze heures après.

*Autopsie.* — Suture imperméable.

13. — *Armstrong G.-E.* (*British medical Journal*, 1896, II, p. 1621. — Keen, 54. — Finney, 6.)

Homme, dix-huit ans. Perforation le seizième jour.

*Opération.* — Douze heures après. Perforation à 20 centimètres de la valvule.

*Mort.* — Douze heures après.

14. — *Armstrong G.-E.* (*Ibid.* — Keen, 56. — Finney, 9.)

Mort.

15. — *Armstrong G.-E.* (*Ibid.* — Keen, 57. — Finney, 10.)

Mort.

16. — *Armstrong G.-E.* (*Ibid.* — Keen, 58. — Finney, 11.)

Mort.

(Ces 3 derniers cas furent opérés par des collègues d'Armstrong.)

17. — *Armstrong G.-E.* (Lettre personnelle à Keen. — Keen, 79. — Finney, 7.

Homme, vingt-deux ans. Perforation le dix-septième jour d'une rechute.

*Opération.* — Vingt-neuf heures après. Suture. Deux autres taches suspectes suturées.

*Mort.* — Trente-huit heures après.

*Autopsie.* — Péritonite généralisée. Sutures étanches.

18. — *Audet.* (*Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, 1899, XXXIV, p. 134, cas 2.)

Janvier 1899. — Soldat. Fièvre typhoïde très bénigne. Température normale le vingtième jour. Le vingt-quatrième jour au soir, en se tournant brusquement dans son lit, douleur abdominale violente, suivie de vomissements bilieux. Le lendemain température 37°4; abdomen distendu, douloureux partout, vomissements

bilieux fréquents, pouls petit, filiforme ; face grippée et couverte de sueurs. Puis, amélioration, localisation des accidents à la fosse iliaque droite où apparaît une voussure, qui devient tympanique le huitième jour après la douleur.

*Opération* ce même jour. — Chloroforme. Incision latérale. Issue de gaz fétides et d'un liquide stercoral mélangé de grumeaux de lait. Fausses membranes sur les intestins. Lavage de la cavité à l'eau bouillie. Perforation impossible à trouver, par crainte de rompre les adhérences. Mèche de gaze stérilisée. Suture partielle de l'incision. — Issue de matières fécales par la plaie. Apyrexie, pouls meilleur ; reprise de l'alimentation au lait. Intestin fonctionne normalement. — Le cinquième jour après l'opération, apparition d'un érysipèle de la face. Affaiblissement.

*Mort* le neuvième jour.

*Autopsie.* — Péritonite diffuse ; cavité dans la fosse iliaque droite où plongent cœcum et iléon au milieu de matières alimentaires ; perforation sur l'iléon à 15 centimètres de la valvule, et comprenant environ le tiers du pourtour de l'anse ; poche purulente sous le foie (fonte d'un ganglion lymphatique).

19. — *Auvray.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 26 mai 1908, p. 667, cas 3.)

Homme, dix-huit ans. Perforation survenue onze jours après l'entrée à l'hôpital de la Charité. Signes de péritonite.

*Opération.* — Suture de trois perforations sur la fin de l'iléon au niveau de son bord convexe.

*Mort* quelques heures après.

20. — *Auvray.* (*Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, janvier 1901, p. 65. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 26 mai 1908, XXXIV, p. 667.)

1900. — Garçon, onze ans et demi. Perforation vers le quatorzième jour d'une fièvre typhoïde normale. Douleurs abdominales, vomissements, chute légère de la température (38°6 à 38°2).

*Opération* près de quarante-huit heures après. Laparotomie latérale. Pus et fausses membranes. Perforation des dimensions d'une tête d'épingle, à 8 ou 10 centimètres du cæcum, sur le bord convexe de l'iléon. Un rang de sutures au catgut. Lavage avec solution saline saturée. Trois gros drains.

*Mort* quelques heures après.

Pas d'autopsie.

21. — *Auvray.* (*Bull. et Mém. Soc. Anat.*, 1901, p. 66. — *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*, 1908, p. 667, cas 1.)

Homme, vingt ans.

*Opération.* — En pleine péritonite généralisée. Laparotomie latérale. Pus en abondance. Drainage simple, parce que malade à toute extrémité.

*Mort* 6 heures après.

*Autopsie.* — Perforation sur l'iléon à environ 20 centimètres du cæcum. A côté de celle-ci, deuxième perforation en voie de production.

22. — *Balch.* (G. B. Shattuck. J. C. Warren et F. Cobb, *Transactions of the American Surgical Association*, 1900, p. 419, cas 24.)

Septembre 1897. — Hôpital général de Massachusett. Fièvre typhoïde bénigne. Légères hémorragies intestinales à intervalles pendant trois semaines avant l'opération. Développement graduel des signes de péritonite. Douleur, disparition de la matité hépatique.

*Opération* dans la cinquième semaine de la maladie, vingt-quatre heures après les premiers symptômes. Ether. Incision médiane. A 45 centimètres du cœcum, une plaque de Peyer, verte, nécrotique, menaçant perforation. Enfouissement. Aucun épanchement dans le péritoine. Lavage. Pas de drainage.

*Mort* 10 heures après.

*Autopsie.* — Pas de péritonite généralisée. Mort par typhoïde.

23. — *Ballance.* (Cargill. *The British Medical Journal*, 15 décembre 1900, p. 1738.)

Homme, trente ans. Perforation dans la quatrième semaine d'une fièvre typhoïde sévère, avec grande toxémie. Douleur soudaine et intense, pas de chute de température. Peu de distension.

*Opération*, six heures après. Perforation de 1 1/2 mm. de diamètre, sur l'iléon, à 45 centimètres du cœcum. Huit points de suture de Halsted à la soie, prenant chacun 12 millimètres de la paroi intestinale. Quelques points sur une autre plaque de Peyer, à 30 centimètres du cæcum. Asséchement des anses et du Douglas. Pas de lavage ni de drainage. Amélioration pendant quarante-huit

heures. Puis, de nouveau, douleur abdominale, distension, température 38°2, pouls 144.

*Mort*, cinquante-six heures après l'opération. Jamais eu de vomissements.

*Autopsie.* — Une autre très petite perforation le long de la suture de la deuxième plaque de Peyer enfouie. Ulcérations sur l'iléon et le cæcum.

24. — *Bancroft.* (A. Jefferis Turner. *The Australasian Medical Gazette*, 20 juillet 1904, XXIII, p. 334).

Mars 1904. — Fille, six ans. Fièvre typhoïde d'intensité modérée ; température normale le vingt et unième jour. Après dix-sept jours d'apyrexie à peu près absolue, pendant deux jours, oscillations de température entre 39°3 et 37°3, un vomissement de lait. Le deuxième jour (quarantième jour de la maladie), à cinq heures du soir, soudaine et sévère douleur abdominale, face pincée, vomissements, pouls 160, petit, température rectale 37°6. Trois heures après, température 38°3, facies péritonéal, rigidité abdominale, pas de distension, matité hépatique normale, région cæcale douloureuse à la pression.

*Opération,* trois heures et demi après la perforation. Injection de strychnine sous-cutanée, chloroforme, puis éther. Incision un peu à droite de la ligne médiane. Un peu de liquide trouble. Sur l'iléon, à 12 cm. 5 du cœcum, petite perforation déchiquetée, sur une ulcération à bords épaissis. Bords tournés en dedans et deux rangs de suture de soie fine à la Lembert. Lavage avec solution salée chaude. Drain de caoutchouc et gaze. Suture de la paroi au crin. — Vomissements fréquents, distension abdominale ; disparaissent après évacuation abondante provoquée par des doses fractionnées de calomel.

*Guérison.*

25. — *Banzet.* (F. Junqua. Thèse de Paris, mai 1901, p. 60.)

Août 1899. — Homme, vingt et un ans. Fièvre typhoïde normale. Le dix-neuvième jour, dans la matinée, pâleur subite, état syncopal, petitesse du pouls, douleur vive dans la fosse iliaque droite, brusque abaissement thermique. Signes consécutifs : ven-

tre pas ballonné, à peine sensible, pouls petit à 120, température 37°8, pas de nausées, pas de vomissements.

*Opération*, trois heures et demi après les premiers signes. Chloroforme. Incision médiane. Un peu de liquide séreux, trouble ; quelques exsudats sur l'intestin grêle. A 30 centimètres du cæcum perforation de la grosseur d'une tête d'épingle. Enfouissement par deux surjets à la soie fine. Nettoyage avec des compresses. Deux gros drains entourés de gaze un vers le haut, l'autre dans le Douglas. Contre-ouverture à droite et drain. Suture de la paroi en deux plans. Durée : moins d'une demi-heure. Injection intra-veineuse d'un litre de sérum.

*Mort*, environ douze heures après.

*Autopsie.* — Pas de péritonite ; suture parfaite.

26. — *Barrs*. (Barrs et Thompson. *British Medical Journal*, 1904, I, p. 194).

Jeune femme atteinte de fièvre typhoïde.

*Opération* le 5 octobre 1903, deux heures après la perforation. Malade en état de shock : sérum, strychnine. Ether. Incision sur la ligne semi-lunaire droite. Quatre ou cinq onces de liquide trouble. Pas de matières fécales, ni d'odeur fécaloïde. Sur l'iléon, petite perforation à l'emporte-pièce à 10 centimètres environ de la valvule, et du diamètre d'une bougie filiforme. Enfouissement sous un rang de suture continue de Pagenstecher. Deux autres ulcérations qui faisaient saillie sous le péritoine traitées de la même façon. Nettoyage. Drainage à la gaze. — Suppuration de la plaie qui guérit lentement.

*Guérison*.

27. — *Barrs*. (*British medical Journal*, 6 mai 1899.)

Homme, seize ans. Perforation dans la troisième semaine. —

*Opération.* — Suture.

*Mort* huit jours après.

*Autopsie.* — Suture intacte.

28. — *Bartleet*. (*Medical News*, novembre 1887. — Finney, 12.)

Fièvre typhoïde. Perforation.

*Opération.* — Incision médiane ; épanchement considérable de

matières fécales ; perforation cherchée précipitamment, et pas trouvée. Cavité abdominale lavée. Drainage. Fermeture de l'incision.

*Mort* le deuxième jour après l'opération.

*Autopsie.* — Perforation.

29. — *Bartlett W.* (Horace W. Soper. *Saint-Louis Courier of Medicine*, mars 1906, XXXIV, p. 139, cas 3.)

Octobre 1905. — Femme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde grave avec fréquentes douleurs abdominales, tympanisme, température élevée. Pendant la quatrième semaine, délire et stupeur. A la fin, température monte à 41°3, pouls à 148. Le lendemain, chute de température à 38 degrés à 4 heures après-midi, avec amélioration des symptômes subjectifs ; pas de rigidité. Le lendemain matin, à 8 heures, frisson violent, température 41°1, pouls 150. Puis, distension croissante, sensibilité généralisée et rigidité de l'abdomen, vomissements répétés, pouls très rapide et faible.

*Opération* à 5 heures après-midi. Ether. Péritonite généralisée. Matières fécales abondantes. Perforation de la grosseur d'une tête d'épingle, sur le cæcum à environ 5 centimètres de la valvule. Perforation suturée à la paroi, et drain dans l'incision au-dessus du pubis. Durée dix minutes.

*Mort* sept heures après l'opération.

30. — *Battle* (Hector W. G. Mackenzie. *Lancet*, 26 septembre 1903, II, p, 863, cas 1.)

Décembre 1901. — Homme, vingt-deux ans. Fièvre typhoïde pendant un mois (13 octobre-13 novembre). Durant huit jours, température normale ; puis rechute (23 novembre). Constipation considérable pendant toute la maladie. Le dixième jour de la rechute (3 décembre), à 10 h. 20 du soir, douleur violente dans la fosse iliaque droite. Puis, signes de péritonite ; rétention d'urine.

*Opération* douze heures après le début des accidents. Chloroforme. Incision médiane. Liquide jaunâtre ; exsudats sur les intestins. Sur une anse d'intestin grêle, adhérente à une languette d'épiploon, perforation ronde, à l'emporte-pièce, de 3 millimètres de diamètre. Suture à la soie ; enfouissement avec suture de Lembert à la soie fine. Lavage avec solution salée. Paroi fermée par plans ; un drain à l'angle inférieur.

*Guérison.* — Un petit abcès dans l'incision ouvert douze jours

après. Evolution de l'infection typhique jusqu'au 1er janvier 1902. Le 14 janvier, deuxième rechute, jusqu'au 25. Le 18 février, troisième rechute. Trois jours après, abdomen gonflé, surtout à droite où existaient sensibilité et douleur. Le lendemain, mêmes signes, température 38°9, douleur par accès.

*Deuxième opération* le soir. Incision latérale. On trouve un abcès péritonéal localisé. (Le pus était stérile). — Apyrexie. Plusieurs attaques paroxystiques violentes de douleur, les 10, 15, 31 mars (douleur au niveau de l'épigastre, et allant de gauche à droite, avec péristaltisme visible.)

*Guérison* définitive.

31. — *Battle* (H. W. G. Mackenzie. *Lancet*, 1903, II, p. 863, cas 2.)

Juillet 1902. — Homme, vingt-huit ans. Fièvre typhoïde plutôt grave. Le douzième jour, à 1 h. 30 après midi, soudainement, douleur abdominale, périombilicale surtout et dans la fosse iliaque droite : vomissements. A 2 heures, pouls 84, température 39°2; à 4 h. 30, pouls 104 ; température 39°2. Abdomen immobile, très rigide, et très sensible. Pas de diminution de la matité hépatique ; douleur toujours intense.

*Opération* cinq heures trois quarts après le début de la douleur. Anesthésie : gaz et éther. Incision médiane. Liquide purulent jaune clair avec petites masses jaunâtres entre les anses, mais sans odeur fécaloïde. Sur l'iléon, perforation ronde, à bords nets, d'environ 8 millimètres de diamètre. Sutures à la Lembert. Lavage. Fermeture du péritoine à la soie, de l'incision cutanée avec suture continue. — Suppuration de la plaie.

*Guérison.*

32. — *Battle M.* (*Memphis Medical Monthly*, novembre 1903, XXIII, p. 615.)

Homme, trente ans. Fièvre typhoïde ambulatoire depuis plusieurs semaines. Soudainement, douleur abdominale. Pouls 78, température 39°1, tympanisme, rigidité, etc.

*Opération.* — Sur le bord libre de l'iléon, à 15 centimètres de la valvule, perforation du diamètre d'une tête d'épingle. Enfouissement et un rang de suture à la Lembert. Portion perforée amenée à l'incision, et maintenue là par une mèche de gaze placée au-dessous de chaque côté. Suture aux crins du reste de la plaie.

*Guérison* complète le vingt et unième jour.

33. — *Bazy*. (N. Mauger. Thèse de Paris, juillet 1900, p. 100, cas 38.)

Homme, vingt-huit ans. Fièvre typhoïde normale avec spasme facial gauche intermittent. Le vingt-huitième jour, légère douleur abdominale, pas de météorisme, muscles droits légèrement sensibles, température 39°3. Accroissement de la douleur, tympanisme très marqué, vomissements porracés. Le lendemain, température 38°5, pouls 130, filiforme ; sensibilité abdominale extrême, respiration 38, facies anxieux, sueurs froides.

*Opération* vingt-quatre heures après la perforation. Injection intra-veineuse de 1 litre 1/2 de sérum. Dans l'abdomen, séro-pus jaunâtre ; quelques fausses membranes. Sur l'iléon, à 50 centimètres du cæcum, toute petite perforation. Suture. Lavage à l'eau bouillie. Drainage.

*Mort* quelques heures après.

*Autopsie*. — Sur la fin de l'iléon, nombreuses ulcérations, profondes, quelques-unes jusqu'à la séreuse ; péritonite généralisée.

34. — *Beach H. H. A.* (*Transactions of the American Surgical Association*, 1900, p. 410, cas 9.—Fitz and Beach, *Boston Medical and Surgical Journal*, 20 octobre 1898, CXXXIX, p, 390.—Keen, 87.)

Homme, quinze ans. Perforation dans la troisième semaine d'une fièvre typhoïde sévère ; chute soudaine de température de 2°8, augmentation du pouls et des respirations, très légère douleur. Faible sensibilité dans la moitié inférieure droite de l'abdomen.

*Opération* vingt-quatre heures après. Ether. Incision médiane. Gaz et liquide fécaloïde. Flocons de fibrine sur les intestins. Perforation près du cæcum. Suture à la Lembert, perpendiculaire à l'axe de l'intestin. Lavage à l'eau bouillie chaude. Une pinte de solution saline est laissée dans l'abdomen. Fermeture au crin sans drainage. Durée trente minutes. — Malade en bon état. Puis, plusieurs selles sanglantes. Le neuvième jour, symptômes de seconde perforation avec collapsus. Ether. *Incision réouverte ;* une pinte de liquide fécaloïde noirâtre évacuée. Large perforation sur le cæcum, suturée avec difficulté. Lavage. Drain de gaze.

*Mort.*

*Autopsie*. — Larges surfaces nécrosées sur le cæcum ; nombreuses ulcérations sur les 90 derniers centimètres de l'iléon.

35. — *Beckett W. W.* (*Southern California Practitioner*, 1899, XIV, p. 111. — Keen, 88.)

Femme, vingt-deux ans. Perforation le vingt-deuxième jour de la fièvre typhoïde.

*Opération* vingt-quatre heures après. Abdomen distendu par les gaz. Péritonite généralisée. Petite perforation sur une anse d'intestin grêle tombée dans le Douglas. Suture à la Lembert. Lavage avec solution saline. Drainage avec gaze.

*Mort* par péritonite généralisée vingt-quatre heures après l'opération.

36. — *Belgrano Ortega* (rapporteur) (*Revista de la Sociedad medica Argentina* [Buenos-Aires], 1905, XIII, pp. 151-170).

Homme. Fièvre typhoïde sévère, débutant le 10 janvier. Vers le milieu de la deuxième semaine, diarrhée remplacée par une tendance à la constipation. Deux hémorragies intestinales ; l'une le 26 janvier, 300 grammes environ, l'autre le 7 février, moins abondante. Au début de février, la température reste élevée, quoique les autres signes de typhoïde aient cédé. Le 11 février, subitement, douleur intense dans la fosse iliaque droite. Défense musculaire. Pouls, 90, température tombée à 38 degrés. Sueurs froides. Puis, douleur revient par accès, calmée par laudanum. Pas de vomissements, de nausées, de hoquet. Avant l'opération, température 40°5. Pouls 115, respiration 26, léger tympanisme ; apparition d'une autre douleur le long du côlon transverse.

*Opération.* — Cinq heures environ après le début des accidents. Chloroforme. Incision latérale droite. Un peu de liquide trouble séro-purulent. Les 20 derniers centimètres de l'iléon couverts d'exsudats fibrineux. A ce niveau, petite perforation, sur le bord libre, de la grosseur d'une tête d'allumette. Suture continue à la soie fine, perpendiculaire à l'axe de l'intestin, renforcée par quelques points interrompus séro-séreux. A côté, une autre ulcération, recouverte seulement de péritoine, est traitée de la même manière. Nettoyage du pelvis à la gaze stérilisée. L'anse perforée présentant un aspect peu rassurant, par crainte de perforation secondaire, on place une compresse de chaque côté du mésentère ; elles entourent l'anse suspecte et la fixent à la paroi.

Pendant les jours suivants, état grave : pouls rapide (120 à 140) et faible, délire. Le 18 février, apparition d'une fistule stercorale, de la grandeur d'une lentille, sur l'anse intestinale isolée de la cavité péritonéale. Ablation de deux points de suture pour faciliter le drainage. Guérison de cette fistule en un mois. Six jours après l'apparition de la première, une deuxième fistule s'ouvre à

la partie inférieure de la plaie. Petite (grosseur d'un stylet), elle ne laisse passer des matières fécales que deux jours et suppure jusqu'à la fermeture de la plaie.

Le 23, apyrexie complète. Malade sort *guéri* le 17 avril (deux mois et six jours après l'intervention).

37. — *Bell J.* (*Medical Chronicle*, septembre 1895, p. 401. Keen, 18, Finney, 16).

Ulcération typhique perforée.

*Opération* trente-quatre heures après le début des symptômes. Suture par une rangée diagonale de points.

*Mort* vingt-quatre heures après l'opération.

38. — *Bell J.* (*Medical Chronicle*, septembre 1895. — Keen, 21, Finney, 15).

Perforation typhique.

*Opération* quarante-huit heures après le début des symptômes. Suture. Appendicectomie.

*Mort* soixante-deux heures après l'opération.

39. — *Bell* (d'Edimbourgh) (A.-P. Forbes, Bell et Gammack : communication personnelle à W.-W. Keen. — Finney, 15).

Homme. Fièvre typhoïde. Température tombe à la normale la quatrième semaine. Après avoir mangé un morceau de faisan, ascension de température ; douleur dans la région iliaque droite. Le lendemain, douleur marquée, et matité distincte en ce point ; le troisième jour, tumeur.

*Opération* le quatrième jour. Large abcès rétro-péritonéal. Mésocæcum et mésocôlon ascendant très nets. Immédiatement au-dessus du cœcum, et juste en face de la réflection du péritoine, on trouve une ulcération perforée. Reliant l'ulcère et la cavité de l'abcès, descendait entre les lèvres du mésocôlon un trajet d'environ le diamètre d'une plume d'oie. Cavité drainée.

*Guérison*, assez lente.

40. — *Bérard* (Devic et Trouilleur, *Revue de Médecine*, 10 octobre 1908.)

Novembre 1906. — Homme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde, grave d'emblée, suivant immédiatement plusieurs poussées de rhumatisme polyarticulaire aigu. Le vingt et unième jour de la

typhoïde, perforation. Douleurs abdominales croissantes ; pas de vomissements. Température monte de 38°2 à 38°7, puis 40°3. Deux selles involontaires. Ballonnement du ventre. Abolition de la matité hépatique. Douleur à la pression dans la fosse iliaque droite. Respiration 35, pouls 130.

*Opération* moins de 12 heures après le début. Pas de liquide. Anses distendues et très vascularisées. On ne trouve pas la perforation.

*Mort* trente-six heures après.

*Autopsie.* — Péritonite aiguë généralisée ; perforation ovalaire, de 10 millimètres sur 5 millimètres, à 3 ou 4 centimètres de la valvule, sur une ulcération très profonde à bords taillés en gradins ; ulcérations très nombreuses sur la dernière partie de l'iléon, et la dernière partie du gros intestin. Endocardite récente mitrale et aortique ; infarctus récents de la rate.

41. — *Berg* (*New-York Medical Record*, 23 mars 1901, p. 441.)

Août 1900. — Garçon, sept ans. Perforation après une semaine de fièvre typhoïde ambulatoire : violente douleur dans la fosse iliaque droite. Pas de collapsus ; une selle. Grand frisson ; fièvre ; vomissement. Abdomen très distendu ; sensible, surtout à droite ; rigide ; pouls 136, température 39°4 ; légère matité dans les flancs ; matité hépatique normale.

*Opération* vingt-deux heures après la douleur. Chloroforme. Incision iliaque droite. Liquide séro-purulent. Péritoine très congestionné. Pas d'adhérences. Ganglions augmentés de volume. Ablation de l'appendice (sain). Perforation de la grosseur d'un grain de millet, sur l'iléon, au centre d'une plaque de Peyer proéminente. Deux rangs de suture à la Lembert. Cavité abdominale épongée. Drainage à la gaze. Suture de la paroi. — Température normale neuf jours après. Selle quotidienne n'ayant pas l'aspect typhique ; pas de taches rosées ; distension de l'abdomen.

*Guérison.*

42. — *Bichat H.* (*Revue Médicale de l'Est*, 1904, VII, p. 431.)

Février 1904. — Jeune fille, quatorze ans, début de convalescence d'une fièvre typhoïde de gravité moyenne, sans complication, durant depuis quatre semaines. Température étant normale depuis trois jours, début d'alimentation. La nuit suivante, à 1 heure du matin, douleur violente dans la fosse iliaque droite, vomissements bilieux, contracture de la paroi, pas de selle depuis

la veille. Puis, tous les signes de péritonite diffuse avec hypothermie (à peine 36 degrés) et pouls faible à 160.

*Opération* trente-huit heures après le début des accidents. Chloroforme. Incision latérale de Roux. Flot de liquide séro-purulent, jaunâtre, peu odorant. Pas d'adhérences. Sur le bord libre de l'iléon, à 10 centimètres de la valvule, petite perforation à bords nets, d'un centimètre de diamètre environ, à bords peu friables. Suture en bourse, et surjet séro-séreux. Deux contre-ouvertures (sus-pubienne et dans flanc gauche). Grand lavage avec solution salée chaude. Drains et mèches. Injections sous-cutanées (1 litre sérum, caféine, huile camphrée). Durée : 20 minutes.

D'abord, amélioration ; puis, vomissements répétés, ballonnement du ventre, pas de selle, ni de gaz (malgré lavement), pouls rapide (160-140), température au plus 38°5.

*Mort* près de quatre jours après l'opération.

*Autopsie.* — Pas de liquide dans l'abdomen ; suture étanche. Sur la fin de l'iléon, six plaques de Peyer ulcérées ; la plus voisine de la perforation, très profondément. Gros intestin aplati et vide ; mais intestin grêle très distendu ; pas d'obstacle matériel à la circulation des matières, mais occlusion paralytique due à la péritonite préexistante.

43. — *Bigger E.-C.* (Bigger and Campbell R., *British Medical Journal*, 1899, I, p. 89. — Keen, 89.)

Garçon, neuf ans. Perforation au début de la troisième semaine de la fièvre typhoïde.

*Opération* dix heures et demie après. Gaz et liquide jaunâtre s'échappent de l'abdomen. Intestin injecté et couvert de fausses membranes. Perforation de la grosseur d'un pois, à 60 centimètres du cæcum, et située à 1 cm. 25 de l'attache mésentérique. Deux rangs de suture à la Lembert. Anses épongées et nettoyées. Lavage à l'eau bouillie. Drainage avec tube de verre.

*Mort* quatre jours après l'opération.

44. — *Billon.* (Rochard. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 15 mai 1907.)

Homme. Perforation au cours d'une fièvre typhoïde ambulatoire. Brusquement, douleurs dans le côté droit, vomissements, défense de paroi, hypothermie.

*Intervention* immédiate, appendice normal ; perforation sur l'iléon. Suture. Drainage. — Pendant cinq jours, fistule stercorale.

*Guérison.*

45. — *Blake Joseph A.* (Communication à Harte. Harte and Ashhurst, 52.)

*Opération*, pour perforation intestinale typhique.

*Mort.*

46. — *Blake J. A.* (*Annals of Surgery*, 1903. XXXVII, p. 283.)

Garçon, seize ans, admis à l'hôpital Roosevelt le 24 août 1902. Signes typiques de fièvre typhoïde ambulatoire depuis vingt jours ; alité depuis dix jours seulement. Trois jours avant l'admission, soudainement, violente douleur dans la partie inférieure de l'abdomen, gonflement et sensibilité. A l'entrée, température 39 degrés, pouls 140, respiration 32, distension modérée et rigidité générale de l'abdomen, sensibilité plus marquée dans la région inguinale droite. Leucocytes : 20.000.

*Opération* immédiate. Oxyde nitreux et éther. Incision à droite à travers la gaine du droit. Abdomen rempli de pus. Dans le pelvis, intestins agglutinés par des fausses membranes, pus et matières fécales. Ganglions mésentériques énormes. Ablation de l'appendice. Sur l'iléon, de 30 à 45 centimètres du cæcum, trois perforations ; deux d'un diamètre de 6 millimètres, la troisième très petite. Sutures en bourse. Lavage avec solution salée chaude. Drain « cigarette » de 12 millimètres de diamètre dans le pelvis. Durée 45 minutes.

Shock sévère, pouls 172 ; injection intra-veineuse d'un litre de sérum et lavement salé. Six heures après l'opération, température 41°7. Quarante-huit heures après, température normale. Infection de la plaie.

*Guérison.*

47. — *Blake J. A.* (*Annals of Surgery*, 1906, XLIII, p. 933.)

Novembre 1905. Homme, trente-huit ans.

Perforation le quatorzième jour d'une rechute de fièvre typhoïde. Chute de température de 39°6 à 37°2, du pouls de 100 à 88. Puis frisson intense, cinq heures après, avec température à 40, pouls 104 ; un peu de douleur périombilicale. Développement graduel de tous les signes de péritonite par perforation. Leucocytes montent de 8.000 à 15.300.

*Opération* vingt-quatre heures après le début. Oxyde nitreux et éther. Incision médiane. Péritonite séro-purulente diffuse ; gaz libres. Dans le pelvis, anses adhérentes entre elles par exsudat fibrino-purulent ; beaucoup de matières fécales. Sur l'iléon, perfo-

ration de 4 millimètres de diamètre environ. Suture en bourse, renforcée par suture continue à la soie. Ganglions mésentériques très gros. Lavage. Drain « cigarette » jusqu'au fond du pelvis. Durée vingt-trois minutes.

Suppuration continue par l'incision ; cinquante et un jours après l'opération, sous l'anesthésie à l'éther, curettage d'une poche purulente pelvienne.

Sort *guéri* le soixante-douzième jour.

48. — *Blake J.-B.* (John C. Munro. *Boston Medical and Surgical Journal*, 5 février 1903, p. 149, cas 10.)

Homme, trente-neuf ans. Fièvre typhoïde. Six jours avant la perforation, existaient délire et distension, augmentant pendant quatre jours, mais sans sensibilité. Perforation le matin : frisson suivi d'une ascension de température. Pas d'augmentation de la distension, mais sensibilité dans le flanc gauche. Délire, distension et sensibilité augmentent pendant la journée ; deux vomissements. Température 40 degrés. Pouls 140.

*Opération.* — Cocaïne. Incision médiane. Gaz libres, fibrine et pus dans le pelvis. Perforation sur l'anse sigmoïde. Suture. Drainage.

*Mort* le lendemain dans l'après-midi.

Pas d'autopsie.

49. — *Bland-Sutton.* (Bland-Sutton and Cayley. *British Medical Journal*, 17 mars 1894, I, p. 578. — *Transactions of the Clinical Society of London*, XXVII. Keen, 23. Finney, 96.)

Homme, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïde bénigne. Perforation dans la quatrième semaine. Douleur abdominale intense, vomissements et diarrhée. Température 36°1. Collapsus marqué.

*Opération* cinq heures et demie après le début. Pelvis rempli de fèces et de gaz ; perforation au centre d'une ulcération ovalaire, à 30 centimètres de la valvule ; un ganglion mésentérique hypertrophié. Excision de l'ulcération ; suture continue à la soie sur la muqueuse, et sutures à la Lembert du péritoine. Lavage à l'eau chaude. Fermeture de l'abdomen. Durée : une heure. — Malade se remet de son collapsus ; pas de douleur, ni de signes de péritonite ; beaucoup de hoquet et d'éructations ; légère fistule stercorale.

*Mort* le sixième jour, par épuisement. — Pas de péritonite.

50. — *Bogart* (*Annals of Surgery*, mai 1899, XXIII. Keen, 44. Finney, 17).

Homme, trente ans. Fièvre typhoïde typique : deux rechutes. Perforation dans le quatrième mois. Douleur sévère dans la partie inférieure de l'abdomen, nausées, vomissements, frisson et diarrhée. Température 40 degrés. Vingt heures après, rigidité et sensibilité marquées de l'abdomen, surtout dans le côté droit ; légère distension ; pouls faible à 108. Température 38,3. Respiration 36.

*Opération* vingt heures après le début. Incision oblique à droite. Petite quantité de liquide séro-purulent. Appendice adhérent à l'iléon à 10 centimètres de la valvule ; en ce point, très petite perforation paraissant complètement bouchée par l'adhérence. Suture continue de soie fine à la Lembert. Lavage. Appendice et mésentère liés et enlevés. Gaze iodoformée. Incision partiellement fermée. Pendant quarante-huit heures, condition excellente.

***Mort*** le quatrième jour.

*Autopsie*. — Au niveau de son angle hépatique, le côlon était étranglé par une bride, résultant d'une ancienne adhérence de la vésicule biliaire, bride qui avait déterminée une obstruction complète.

51. — *Boinet. E.* (*Archives générales de Médecine*, novembre 1899, p. 543.)

Enfant. Fièvre typhoïde. Perforation intestinale.

*Opération* cinq heures après. Liquide louche, sans fausses membranes. Péritonite généralisée. Bords de la perforation touchés au chlorure de zinc. Suture. Pas de lavage.

***Mort*** un jour et demi après.

52. — *Boinet. E. (ibid.)*

Jeune homme. Perforation dans la deuxième semaine de la fièvre typhoïde. Ballonnement abdominal et hypothermie.

*Opération* sept à huit heures après le début. Liquide louche dans l'abdomen. Suture de la perforation. Pas de lavage. Essuyage soigneux. Mèche de gaze.

***Mort*** au bout de quelques heures.

53. — *Boutecou* (*Journal of the American Medical Association*, 28 janvier 1888, p. 106. Keen, 5. Finney, 18.)

Homme, vingt cinq ans. Fièvre typhoïde modérée. Perforation le seizième jour. Nausées et douleur croissante dans la région iliaque droite. Température 40 degrés.

*Opération* deux jours après le début des symptômes. Ether. Incision médiane. Considérable quantité de liquide floconneux, noirâtre. Appendice ulcéré et perforé à sa base ; lié et enlevé. Une autre perforation, petite, sur l'iléon, à 25 centimètres de la valvule. Bords invaginés et sutures à la Lembert. Lavage avec solution faible de sublimé.

*Mort* immédiatement après l'opération.

54. — *Bontecou.* (*Journal of the American Medical Association*, 29 mars 1890, XIV, p. 455. Keen, 11. Finney, 19.)

Homme, vingt-sept ans. Fièvre typhoïde typique. Perforation dans la sixième semaine. Douleur aiguë soudaine, et signes de péritonite.

*Opération*, dix-sept heures après le début. Ether. Incision médiane. Gaz, matières fécales, grande quantité de liquide séropurulent brunâtre, dans l'abdomen. Intestins distendus et couverts de fausses membranes. Perforation de 5 millimètres de diamètre, à 10 ou 12 centimètres de la valvule. Dans les 45 derniers centimètres de l'iléon, plusieurs autres plaques de Peyer élargies et épaissies. Bords de l'ulcère retournés suivant l'axe transversal ; suture continue à la Lembert. Lavage à l'eau bouillie. Gros drain de caoutchouc. On usa largement d'iodoforme. — Le malade se met à délirer, arrache son pansement.

*Mort* en collapsus douze heures après l'opération.

Pas d'autopsie.

55. — *Boppe.* (Observation due à l'obligeance de M. le médecin principal de 2e classe Boppe).

Soldat d'infanterie, en traitement à l'hôpital militaire de Toul pour une fièvre typhoïde de gravité moyenne. Le dix-huitième jour, à 2 heures du matin, douleur abdominale violente. Le lendemain matin, facies grippé, ventre ballonné. Pouls 120. Température 36°8 (de 38°9 la veille).

*Opération* cinq heures et demie à six heures après la perforation. Laparotomie latérale. Dans l'abdomen, liquide louche. Sur le bord libre de l'iléon, à environ 20 centimètres du cæcum, perforation des dimensions d'une grosse lentille. Avivement des bords, et suture à deux plans. Cavité péritonéale nettoyée avec des compresses sèches ; un gros drain et une mèche de gaze.

L'après-midi, état très satisfaisant ; facies normal. Pouls 92. Température 37° 8. Position couchée sur le côté droit pour assurer l'écoulement des liquides. Pansement refait le troisième jour ;

plaie a bon aspect, ventre plat, souple et indolore. L'amélioration se continue les jours suivants, très marquée.

Le neuvième jour, vers 11 heures du matin, altération des traits, face pâle, pouls petit, précipité. Glace sur le ventre, et deux injections d'ergotine. A 2 heures, selle très abondante de sang presque pur ; l'hémorragie, si abondante qu'elle traverse le matelas, se renouvelle jusqu'au soir.

*Mort* dans la nuit, le dixième jour après l'opération.

*Autopsie*. — Péritoine normal ; suture parfaite. Sur l'iléon à 15 centimètres de la valvule, plusieurs petites ulcérations presque entièrement cicatrisées. Au milieu d'elles, une ulcération extrêmement large et profonde, qui avait été la cause de l'hémorragie.

56. — *Boussenot G.* (*Bulletin Médical*, 1905, n° 10, p. 109.)

Soldat, vingt-deux ans. Fièvre typhoïde avec symptômes cérébro-spinaux, troubles auditifs, diarrhée profuse. Le dix-neuvième jour, pendant la nuit, douleur abdominale, ballonnement, sensibilité surtout à droite, défense musculaire. Chute de température brusque de 3 degrés vingt-quatre heures après. Signes de péritonite diffuse avec épanchement abondant. Hoquet et vomissements porracés ; rétention d'urine.

*Opération* plus de cinquante heures après les signes de début. Chloroforme. Incision latérale. Liquide jaune, fétide et purulent. Sur le cæcum, à 1 centimètre environ de la valvule, perforation d'un diamètre de 6 à 8 millimètres sur 2 à 3. Suture Lembert avec large adossement. Appendicectomie. Lavage avec solution salée. Drainage avec mèche iodoformée. Suture en trois plans.

Le lendemain, température 37°8, pouls 115, plein. Amélioration des signes abdominaux. Deux jours après l'opération, réapparition des vomissements et du hoquet, météorisme. Pouls 144.

*Mort* le lendemain matin.

*Autopsie*. — Liquide louche, d'odeur fécaloïde, dans le pelvis. Sutures parfaites. Mais, à 1 centimètre à peine de la perforation suturée, nouvelle perforation, elliptique, des dimensions d'un grain de riz. Sur l'iléon, quelques plaques. Sur le cæcum, quatre ou cinq ulcérations, dont l'une (des dimensions d'une pièce de 50 centimes), recouverte seulement par la séreuse amincie.

57. — *Bowlby A.* (Lauder Brunton and Anthony Bowlby, *Proceedings of Royal Medical and Chirurgical Society of London*,

1896-1897, vol. IX. — *Lancet*, 30 janvier 1897, p. 312. — Keen, 61. — Finney, 22.)

Homme, trente-sept ans. Fièvre typhoïde avec hémorragie intestinale dans la troisième semaine. Vingt-sept jours après, rechute durant à peu près quinze jours. Pendant la convalescence lente, quarante-quatre jours après le début de la rechute, soudaine et sévère douleur abdominale, suivie quelques heures après par les symptômes d'obstruction intestinale, mais sans nausées, ni vomissement.

*Opération* dix-huit heures après le début de la douleur. Chloroforme. Incision médiane. Dans le pelvis, une pinte environ de liquide fécaloïde jaune sale. Perforation du diamètre d'un pois sur le bord libre de l'iléon, au centre d'une plaque de Peyer enflammée. Sutures à la Lembert placées transversalement à l'axe de l'intestin. Lavage à l'eau chaude. Drainage. Durée : une heure un quart. — Pas d'aliments par la bouche pendant quatre jours.

*Guérison.*

58. — *Bowlby A.* (*Transactions of the Clinical Society of London*, 1903, XXXVI, p. 124. — *Lancet*, 10 janvier 1903.)

Octobre 1900. — Garçon, dix ans. Fièvre typhoïde grave, durant treize jours. Période intercalaire, huit jours. Rechute grave avec météorisme abdominal accentué. Le treizième jour, après un petit frisson, malade pâle et froid, chute de température à 36°5, sans hémorragie ni douleur. Le lendemain, amélioration, peu de météorisme, une selle après lavement, température 38°5. Le quinzième jour, à 3 heures, miction difficile, provoquant de violentes douleurs abdominales qui augmentent d'intensité. A 4 h. 30, collapsus, refroidissement, frissons, pouls 140, pas de respiration abdominale, réaction de défense de la paroi abdominale.

*Opération* à 5 heures (deux heures après le début). Laparotomie médiane. Gaz et liquide clair abondant ; pas de matières fécales. Intestins très distendus. Très petite perforation à 60 centimètres de la valvule ; pas d'épaississement des parois. Suture. Asséchement du petit bassin avec des éponges. Drainage. — Amélioration rapide.

*Guérison.*

59. — *Braun* (Gerhardy, Inaug. Dissert. Gœttingen, 1899).

Mai 1892. Homme, vingt-neuf ans. Perforation dans la troisième semaine.

*Opération* neuf heures après. Liquide jaune, matières fécales dans l'abdomen. A 15 centimètres de la valvule, deux perforations proches l'une de l'autre. Excision en coin d'une portion d'intestin d'environ 3 centimètres de long sur 1 cm. 5 à 2 de large. Suture au catgut. Tamponnement à la gaze iodoformée.

*Mort* 5 jours après.

*Autopsie.* — Abcès fécal dans le petit bassin, où s'ouvre une nouvelle perforation située à 11 centimètres au-dessus de la suture : celle-ci a bien tenu. Thrombose de la veine rénale gauche. Broncho-pneumonie gauche. Abcès de la rate.

60. — *Briddon C. K.* (*Annals of Surgery*, février 1896, p. 198. Keen, 43. Finney, 20.)

Homme, dix-huit ans. Fièvre typhoïde. Dans la troisième semaine de la convalescence, douleur aiguë dans l'abdomen.

*Opération* le troisième jour après le début de la péritonite. Incision médiane : intestins distendus, congestionnés et couverts d'exsudats ; quantité considérable de pus ; perforation à 22 centimètres de la valvule sur le bord libre de l'iléon. Deux rangs de sutures à la Lembert. Lavage avec solution saline. Gaze iodoformée. Incision laissée ouverte.

*Mort* quelques heures après.

*Autopsie.* — Suture parfaite ; plaques de Peyer ulcérées dans les derniers 25 centimètres de l'iléon.

61. — *Briggs J. Br.* (*Boston Medical and Surgical Journal*, 1903, CXLVIII, p. 343.)

Jeune homme. Fièvre typhoïde très grave ; pas de diarrhée. A 4 heures du matin, le vingt-sixième jour, douleur intense dans l'abdomen ; sensibilité considérable et rigidité musculaire à la partie inférieure du muscle droit à droite. Pas de chute de température.

*Opération* cinq heures après le début. Péritonite. Deux perforations à la fin de l'iléon.

*Mort.*

62. — *Briggs C. E.* (*American Journal of the Medical Sciences*, 1902, CXXIII, p. 47, cas 5.)

Juin 1900. — Homme, dix-sept ans. Fièvre typhoïde légère. Constipation ; pas d'hémorragie. Signes de perforation le vingtième

jour : douleur abdominale sévère, sensibilité diffuse, légère distension, rigidité musculaire marquée dans la moitié inférieure du côté droit ; ascension du pouls ; chute de température de 1/2 degré ; pas de vomissements ; leucocytes : 9.200, 13.000, 13.200. Etat favorable.

*Opération* trois heures après le début. Cocaïne (1 o/o) ; chloroforme. Incision latérale droite. Liquide abdominal jaunâtre. Perforation à 11 centimètres du cæcum. Sutures continues de soie à la Lembert. Lavage à l'eau stérilisée. Tube de drainage en verre dans le pelvis. Durée cinquante-cinq minutes.

*Guérison.*

63. — *Brooks.* (G. Shattuck, J. C. Warren and F. Cobb, *Transactions of the American Surgical Association*, 1900, XVIII, p. 415, cas 17.)

Septembre 1898. — Homme, quarante-cinq ans. Perforation dans la deuxième semaine d'une fièvre typhoïde ambulatoire (Widal positif). Douleurs dans la région cæcale et nausées pendant deux jours. Avant l'opération, température 39°6, pouls 134, respiration 60.

*Opération.* — Éther. Incision iliaque droite. Liquide purulent brun, sans odeur ; taches hémorragiques sur l'intestin. Perforation à 30 centimètres du cœcum. Suture. Appendicectomie. Lavage. Drainage à la gaze.

*Guérison.*

64. — *Broudic L.* (rapporte. (Thèse de Paris, juin 1904, p. 53, cas 1.)

Août 1900. — Femme, dix-sept ans. Fièvre typhoïde. Le dix-huitième jour, quelques selles légèrement rosées. Dans la nuit, douleurs abdominales peu intenses, à droite et à gauche ; mictions fréquentes et très douloureuses. Abattement ; renvois ; hoquet. Pouls 140. Ventre ballonné. Léger tympanisme abdominal. Ventre très douloureux.

*Opération* à 4 heures de l'après-midi. Pus mélangé d'un peu de liquide fécaloïde, sur l'iléon, perforation de la grosseur d'une lentille.

*Mort* vingt-quatre heures après.

65. — *Broudic.* (*Ibid.*, p. 56, cas 2.)

Septembre 1900. — Homme, vingt ans. Fièvre typhoïde. Le

douzième jour, douleur légère dans la fosse iliaque droite. Le vingtième jour, à 3 heures du matin, douleur subite, à prédominance dans la fosse iliaque droite, et s'irradiant dans tout l'hypocondre droit.

*Opération* treize heures après. Pus dans l'abdomen. Perforation sur la partie terminale de l'iléon.

*Mort* trois jours après.

66. *Broudic.* (*Ibid.*, p. 70, cas 8.)

Avril 1902. — Femme, trente ans. Fièvre typhoïde Le douzième jour, deux selles sanguinolentes. Le quatorzième, quatre selles diarrhéiques légèrement sanguinolentes. De même, le quinzième, deux selles ; le seizième, trois selles avec du sang. Le dix-huitième jour, à 8 heures du soir, douleurs abdominales d'abord légères, puis plus vives, paroxystiques ; ventre très rétracté, légère défense musculaire. Hypoleucocytose marquée, 40 o/o de polynucléaires. Après atténuation, douleurs reviennent très intenses, accélération du pouls (125-130), altération du facies.

*Opération* treize heures et demie après les premiers signes. Pus dans le bassin. Perforation grosse comme une tête d'épingle.

*Mort* trente-huit heures après.

67. — *Broudic.* (*Ibid.*, p. 79, cas 11.)

Septembre 1902. — Homme, seize ans. Fièvre typhoïde bénigne. Le vingt-deuxième jour, à midi et demi, après le bain, douleur légère dans le côté gauche. Pouls 80 à 90. Température 38°3, 39°7, 38°6 ; 37° 5, le lendemain matin à 6 heures. Altération des traits. Pas d'accélération de la respiration. Ventre très sensible à la pression, peu douloureux spontanément, tendu et ballonné.

*Opération* environ vingt-trois heures après les premières manifestations de la douleur. Anses intestinales météorisées. A 10 centimètres du cœcum, perforation du volume d'une tête de clou.

*Mort* quatre jours après.

68. — *Broudic.* (*Ibid.*, p. 83, cas 13.)

Juillet 1903. — Homme, quarante-deux ans. Fièvre typhoïde avec douleurs abdominales dès le début. Le douzième jour, à 11 h. 30, frisson intense généralisé, prolongé ; douleur abdominale brusque, très intense, diffuse, plus marquée dans la région

prévésicale. Défense musculaire très marquée ; ventre légèrement ballonné.

*Opération* six heures après. Trois ou quatre verres de liquide séro-diarrhéique. Perforation sur l'iléon, à 10 centimètres du cœcum, et de la grosseur d'un petit pois.

*Mort* deux jours après.

69. — *Brown T. F.* (*Annals of Surgery*, 1903, XXXVII, p. 380, cas 2).

Juillet 1902. — Homme, quarante ans. Fièvre typhoïde ambulatoire, depuis deux semaines. Après un effort, brusquement douleur violente dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen. Sept heures après, température 41 degrés, douleur peu marquée, sensibilité extrême, distension, rigidité de l'abdomen, leucocytes: 6.000.

*Opération* neuf heures après le début. Ether. Incision latérale. Liquide trouble. Sur l'iléon, perforation linéaire de 12 millimètres de long, à 12 cm. 5 de la valvule, entre le mésentère et le bord libre. Deux rangs de sutures à la Lembert, deux petits drains « cigarette ». Durée : quarante minutes.

Tympanisme ; vomissements. Température entre 38° 9 et 39° 7 ; pouls faible entre 120 et 126. Respiration 26, 30, 40. Six jours après l'opération, le malade tombe de son lit dans son délire ; bientôt après, pouls très faible.

*Mort* six heures après la chute. Pas d'autopsie.

70. — *Brown T. F.* (*Ibid.*, cas 3. — George Woolsey, *Annals of Surgery*, 1906, XLIII, p. 652, cas 6.)

Septembre 1902. — Femme, vingt-trois ans. Fièvre typhoïde avec un peu de douleur abdominale. Pendant la deuxième semaine, température entre 39° 7 et 40° 3. Au début de la troisième, hémorragie intestinale ; cinq jours après, nouvelle hémorragie ; pendant les dix jours suivants, hémorragie quotidienne. Le vingtième jour de maladie, douleur très violente dans le côté inférieur droit de l'abdomen. Pouls 132, ascension de température, puis frisson. Sensibilité marquée, un peu de rigidité, tympanisme léger dans la région cœcale ; pas de vomissement.

*Opération* sept heures après le début. Ether. Incision médiane. Un peu de liquide trouble et quelques fausses membranes. Pas de matières fécales. Sur l'iléon, très petite perforation dans le péritoine qui ferme seul une ulcération. Double rangée de

sutures interrompues de Lembert à la soie ; une membrane de Cargile placée au-dessus et autour de la suture. Une autre petite ulcération fermée seulement par la séreuse, est renforcée par l'application d'une membrane de Cargile. Suture du péritoine au catgut ; des plans successifs, par des points interrompus de « chromic gut ». Pas de drainage. Durée : trente-cinq minutes. — Trois semaines après, pyélo-néphrite.

Malade sort *guérie* quarante jours après l'opération.

71 — *Brown T. F.* (George Woolsey. *Annals of Surgery*, 1906, XLIII, p. 652, cas 7.)

Juillet 1903. — Homme, vingt-trois ans. Fièvre typhoïde ordinaire. Perforation le quarantième jour : douleur soudaine, sensibilité et rigidité dans la fosse iliaque droite. Symptômes consécutifs : matité hépatique haute de 2 cm. 5 ; pas de respiration abdominale : augmentation de la rigidité et de la sensibilité ; leucocytes : 6.200.

*Opération* quatre heures et demie après la perforation. Chloroforme. Incision du muscle droit à droite. Liquide libre. Pas de gaz. Perforation de 18 millimètres de diamètre. Suture. Lavage. Drain « cigarette ».

*Mort* quatorze heures après l'opération.

72. — *Brown T. F.* (*Annals of Surgery*, 1903, XXXVII, p. 380, cas 1. — George Woolsey, *Annals of Surgery*, 1906, XLIII, p. 652, cas 5.)

Août 1902. — Femme, vingt et un ans. Perforation le trente-sixième jour d'une fièvre typhoïde d'intensité modérée. Début par douleur dans la région iléo-cæcale. Puis, chute de température à 36°1, vomissements albumineux et bilieux, distension légère, sensibilité et rigidité de l'abdomen. Pouls 128. Leucocytes montent de 4.600 à 6.500.

*Opération* vingt et une heures après le début. Chloroforme. Incision médiane. Liquide jaunâtre abondant, d'odeur fécaloïde, mélangé de lait. Contre-ouverture intermusculaire à droite. Sur l'iléon, trois perforations, deux petites, la troisième d'environ 12 mm. 5 de diamètre. Sutures Lembert à la soie. Lavage. Drain entouré de gaze passant par le cul-de-sac postérieur du vagin. Suture des incisions de la paroi par étages, sans drainage. Durée trente-cinq minutes. — Distension et tympanisme croissants de l'abdomen.

*Mort* vingt-huit heures après l'opération.

En raison de l'écoulement jaune très épais mélangé de matières fécales qui passa par le drain, on suppose qu'une nouvelle perforation se produisit.

73. — *Bruce*. (*Canada Lancet*, mars 1902 [analysé dans *American Medicine*, mai 1902, p. 747].)

Homme. Fièvre typhoïde. Signes de perforation intestinale.

*Opération* dix-huit heures et demi après le début. Liquide séropurulent dans l'abdomen. Péritonite généralisée. Très petite perforation sur l'iléon, à 25 centimètres du cæcum. — Formation consécutive d'un abcès sous-phrénique.

*Guérison* complète.

74. — *Brun*. (*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 25 novembre 1896, p. 731.)

Novembre 1896. — Garçon, quatorze ans. Fièvre typhoïde à symptômes atténués, réaction de Widal positive. Une quinzaine de jours après, rechute typique. Le quatorzième jour de celle-ci, à 1 heure après midi, violentes douleurs abdominales, vomissements. A 5 heures du soir, température 40 degrés (37°5 le matin); abdomen météorisé et sensible. Glace, opium. Le lendemain, facies grippé, température 38 degrés, pouls filiforme incomptable, abdomen très ballonné, sensibilité diffuse.

*Opération* vingt et une heures après le début. Chloroforme. Incision médiane. Liquide louche avec grumeaux jaunâtres. Perforation arrondie, de 1 centimètre de diamètre. Double plan de sutures à la Lembert. Grand lavage à l'eau bouillie. Deux gros drains (bassin, et fosse iliaque droite). Suture partielle de l'incision. — Pendant quarante-huit heures, pas d'amélioration. Le troisième jour, pouls meilleur, faiblesse moindre, pas de vomissements, mais persistance du ballonnement. Par la plaie, écoulement d'une assez grande quantité de pus infect mêlé de grumeaux jaunâtres.

*Mort* six jours après l'opération.

*Autopsie*. — Anses intestinales rouges, agglutinées. Suture étanche. Cinq autres perforations sur l'intestin grêle. A 50 centimètres du duodénum, plaque de sphacèle, à contours irréguliers, allongée transversalement de 1 cm. 5 sur 2 centimètres.

75. — *Burrell et Townsend*. (Shattuck, Warren et Cobb, *Tran-*

*sanctions of the American Surgical Association*. 1900, p. 417, cas 19.)

Octobre 1899. — Femme, vingt et un ans. Fièvre typhoïde modérément sévère. Widal positif. Hémorragies intestinales pendant les trois jours qui précèdent les symptômes graves. Perforation la cinquième semaine (trentième jour). Douleur abdominale aiguë au milieu de la nuit. Huit heures après, douleur intense sensibilité et résistance abdominales, marquées dans le quadrant supérieur droit ; légère distension. Pas de vomissement. Pouls 130. Pas de chute de température.

*Opération* onze heures et demie après la douleur. Incision iliaque droite. Péritonite généralisée. Plaques de fibrine sur les intestins injectés. Pas de perforation trouvée. Mais place amincie, non nécrosée : on l'enfouit. Irrigation. Drainage avec gaze et tube.

*Mort* douze heures après. Pas d'autopsie.

76. — *Cachois*. (*Annales médico-chirurgicales du Centre*. 17 décembre 1905.)

Septembre 1905. — Soldat. Fièvre typhoïde ambulatoire. Brusquement, à dix heures du soir, douleurs abdominales violentes, diffuses, et vomissements alimentaires, puis bilieux ; peu de ballonnement ; pouls 50, bien frappé. Le lendemain matin, météorisme et sensibilité diffuse avec maximum dans la fosse iliaque droite : constipation et dysurie ; pouls lent, température 37°3. A onze heures, aggravation subite : facies grippé ; pouls 130, très mou ; ventre distendu ; douleurs considérables ; contracture musculaire ; tympanisme très accusé ; matité hépatique en partie disparue ; température 37°8.

*Opération* seize heures après le début. Chloroforme. Incision iliaque droite. Issue de deux litres de sérosité rougeâtre avec caillots puriformes. Appendice sain. Contre-incision à gauche. Grand lavage au sérum chaud. Drainage à la Mickulicz.

*Mort* dix heures après.

*Autopsie*. — Péritonite aiguë généralisée ; petit bassin plein de pus ; petite perforation sur la fin de l'iléon ; lésions typiques de fièvre typhoïde.

77. — *Cameron*. (*Philadelphia Medical Journal*, 3 mars 1900, p. 526.)

Perforation intestinale typhique.

*Opération.*
*Mort.*

78. — *Canoli.* (*Bull. della Soc. Lancisiana di ospidale di Roma* (1895) 1896, XV, I, pp. 9-14. — Keen, 32. — Finney, 23.)
Perforation d'un ulcère typhique. Malade *in extremis.*
*Opération.*
*Mort.*
*Autopsie* confirme le diagnostic de typhoïde.

79. — *Canoli.* (*Ibid.* — Keen, 33. — Finney, 24.)
Fièvre typhoïde. Perforation. Malade *in extremis.*
*Opération.*
*Mort.*
*Autopsie* confirme le diagnostic de typhoïde.

80. — *Cargill* (rapporteur). (*British Medical Journal*, 18 décembre 1900, p. 1738.)
Fièvre typhoïde. Perforation.
*Opération.*
*Mort.*

81. — *Cargill.* (*Ibid.*)
Fièvre typhoïde. Perforation.
*Opération.*
*Mort.*

82. — *Carlier G.* (*Bulletin Medical*, 1905, XIX, p. 290.)
Soldat du 2e tirailleurs algériens, vingt-quatre ans. Au sixième jour d'une fièvre typhoïde ambulatoire, douleurs abdominales, mais pas très vives. Surtout, arrêt absolu des matières et des gaz. Puis, vomissements porracés, devenant incessants, ballonnement et sensibilité modérés. A la percussion, zones mates et zones sonores. Anurie. Température aux environs de 39, pouls très rapide, respiration 32-34.
*Opération* environ cinq jours après l'apparition des douleurs. Chloroforme. Incision médiane. Ecoulement abondant de liquide sanieux, brun-rougeâtre, avec quelques gaz, d'odeur fécaloïde.

Quelques flocons fibrineux. Anses rouges, distendues. Grand lavage à l'eau salée chaude stérile ; nettoyage avec des compresses stériles. Sur le bord libre de la fin de l'iléon, petite perforation lenticulaire, sur base indurée. Suture par deux points à la Czerny avec de la soie fine. Gros drain entouré de gaze dans le Douglas. Suture de la paroi en un plan. Durée : vingt minutes. —Affaiblissement progressif.

*Mort* en moins d'une heure.

*Autopsie.* — Fausses membranes ; intestins distendus. Suture a bien tenu. Dans la région iléo-cæcale, douze autres ulcérations.

83. — *Carnabel.* (*Bulletins et Mémoires de la société de Chirurgie de Bucarest*, mars-avril, 1903, VI (n° 2), p. 22.)

Février 1902. —Homme, vingt ans. Fièvre typhoïde aaxo-adynamique avec température élevée. Le quatorzième jour, douleur abdominale brusque, persistante, localisée vers le flanc gauche ; élévation des leucocytes de 10.000 à 15.000. Pas d'autres signes de perforation ; pas de vomissement ; rien du côté de l'abdomen.

*Opération.* — Rien dans l'abdomen. A 14 centimètres du cæcum, plaque de sphacèle de 1 cm. 5 de diamètre, blanche, presque détachée. Enfouissement par le procédé de Martinet. Disparition des signes péritonéaux deux jours après.

*Mort* due à la persistance des symptômes graves de la fièvre typhoïde.

*Autopsie.* — Suture bien faite.

84. — *Celos* (rapporteur). (*Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, juin 1900, p. 503. —Mauger, Thèse de Paris, p. 113, cas 46.)

Mai 1900. — Homme, dix-sept ans. Fièvre typhoïde grave, avec température élevée, signes abdominaux (douleurs, selles diarrhéiques), adynamie. Le dix-huitième jour, ventre un peu dur, tendu. Pas de vomissement. Pendant quelques jours, agitation, délire, incontinence des matières. Le vingt-sixième jour, chute de la température à 37 degrés, ventre dur, ballonné ; douleurs dans le bas-ventre, pouls 115, traits excavés, respiration thoracique. Le lendemain (29e jour) chute de température de 39°5 à 37°6 ; traits grippés, pouls 150, œdème de la paroi abdominale.

*Opération.* — Incision médiane. Anses rouges ; un peu de fibrine, beaucoup de gaz. Enfouissement à la soie fine d'une pla-

que sphacélée. Pas de perforation trouvée. Drainage, larges sutures.

*Mort* le lendemain.

*Autopsie.* — Lésions caractéristiques de fièvre typhoïde. Sous le foie, foyer purulent limité par des fausses membranes, large de 3 doigts et déjà ancien, en communication avec l'intestin par deux perforations siégeant sur le côlon transverse.

85. — *Champlin S.-H.* (*The Plexus*, Chicago. 1899, n° 5, vol. V, p. 164. — Keen, 156).

Homme. vingt-deux ans. Perforation le quatorzième jour de la fièvre typhoïde.

*Opération.* — Incision médiane ; liquide fécaloïde. Perforation sur l'iléon à 30 centimètres de la valvule. Suture continue transversale et greffe épiploïque. Toilette du péritoine. Drainage. — Vomissements et toux persistante.

*Mort* trois jours après l'opération.

*Autopsie.* — Suture étanche, péritonite limitée au pelvis autour de la perforation ; congestion hypostatique des poumons.

86. — *Champlin S.-H.* (*The Plexus*, Chicago, 1899, n° 5, vol. V, p. 164. — Keen, 157).

Homme. Perforation à la fin du premier mois de la fièvre typhoïde.

*Opération.* — Perforation à 20 centimètres de la valvule. Traitement opératoire comme dans le cas précédent.

*Mort* dix heures après.

87. — *Chappet.* (Cariès, Thèse de Lyon, décembre 1900.)

Juillet 1893. Homme, trente-cinq ans. Fièvre typhoïde. Perforation le dix-neuvième jour.

*Laparotomie* onze heures après. Liquide fécaloïde dans l'abdomen. Tamponnement à la gaze.

*Mort.*

88. — *Chappet.* (Cariès, Thèse de Lyon, décembre 1900.)

Février 1899. — Homme. Fièvre typhoïde. Signes de perforation huit jours après l'entrée à l'hôpital.

*Opération* le lendemain. Perforation sur l'iléon de la grandeur

d'une pièce de 20 centimes. Suture des bords de la perforation à la paroi abdominale.

*Mort* 24 heures après.

89. — *Chaput.* (*Gazette des Hôpitaux*, 22 janvier 1903, p. 77, cas 2.)

Homme, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Widal positif. Toux, quelques vomissements, un peu de diarrhée, puis constipation pendant trois jours. Le huitième jour environ, brusquement, douleur dans la région sous-ombilicale avec prédominance dans la fosse iliaque droite ; vomissements bilieux. Ballonnement léger du ventre ; douleur et défense musculaire dans la partie inférieure. Température 39°9, 39 degrés ; pouls, 126.

*Opération* le lendemain soir. Péritonite purulente généralisée, avec gros foyers dans le bassin en dedans et en dehors du cæcum. A 40 centimètres du cæcum, perforation de 3 à 4 millimètres de diamètre, à bords taillés à pic, sur une plaque ecchymotique noirâtre du diamètre d'une pièce de 20 centimes. Excision ; suture ; drainage. — Ballonnement considérable ; température élevée.

*Mort* huit jours après l'opération.

*Autopsie.* — Péritonite généralisée ; les sutures ont déchiré les tissus et la perforation s'est reproduite.

90. — *Chaput.* (*Ibid.*, cas 3.)

Homme, seize ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Subitement, la nuit, violentes douleurs abdominales et vomissements. Deux jours après, température, 39°8 ; pouls 112 ; ventre légèrement ballonné.

*Opération.* — Perforation à 50 centimètres du cæcum.

*Mort* le même jour.

91.— *Chevalier E.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 11 juin 1902, XXVIII, p. 662, cas 1.)

Février 1902. Homme, vingt-neuf ans. Fièvre typhoïde. Le vingt-troisième jour, selle sanglante qui se renouvelle les deux jours suivants. Le vingt-septième jour, à midi, douleur abdominale brusque, vive, sans localisation. Pouls 106 ; température, 39°3. A 3 heures, température 40 degrés. Défense musculaire considérable.

*Opération* huit heures après la douleur. Incision médiane.

Exsudats blanchâtres et mous sur les anses injectées. A 15 centimètres du cæcum, sur le bord convexe de l'iléon, perforation de la grosseur d'une tête d'épingle, sur une plaque de Peyer largement indurée. Double plan de sutures. Sans essuyer ni laver, drainage large par deux tubes de caoutchouc et une mèche de gaze. Suture partielle de l'incision. Température normale au bout d'un mois.

*Guérison.*

92. — *Chevalier E.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 11 juin 1902, XXVIII, p. 663, cas 2.)

Mars 1902. Homme, vingt ans. Fièvre typhoïde. Le douzième jour, hématurie. Le quatorzième, deux caillots sanguins dans les selles ; le quinzième, hémorragie intestinale. A minuit et demi, après le bain, violente douleur abdominale, atténuée par la glace. Température 39°7 ; pouls 88, puis 108.

*Opération* dix heures et demie après le début des accidents. Pus crémeux, abondant ; anses rouges ; exsudats membraneux. A 25 centimètres de la valvule, perforation de la grosseur d'une tête d'épingle, sur une plaque de Peyer indurée. Double rangée de sutures à la Lembert. Pas de lavage. Drainage. — Rétention d'urine vingt-quatre heures ; quatre selles sanglantes les quatrième et cinquième jours après l'opération ; suppuration abondante de la plaie. Température normale au bout de seize jours.

*Guérison.*

93. — *Cholzoff*. (*Annalen der Russ. Chirurgie*, 1896, Heft 2. — *Centralblatt für Chirurgie*, 1896, n° 42. Keen, 90. Finney, 25.)

Homme, vingt-quatre ans. Perforation dans la septième semaine. Douleur sévère après un bain.

*Opération* quatre heures après le début des symptômes. Perforation de 1 centimètre de diamètre, à 20 centimètres de la valvule. Excision d'une portion ovalaire. Suture. Drainage à la gaze. Incision laissée ouverte.

*Mort* le troisième jour après l'opération.

94. — *Cooke*. (A. V. M. Anderson. — *Intercolonial Medical Journal of Australasia*, 1904, IX, p. 64.)

Femme, admise à l'hôpital le 11 avril 1903. Malade depuis quinze jours. Fièvre typhoïde moyenne. Le matin du 21 avril (vingt-cinquième jour de maladie), douleur abdominale légère.

Après un lavement, la douleur devient très aiguë. Peu après, pouls 132, température 38°8, facies grippé, abdomen tendu, défense musculaire, pas de diminution de la matité hépatique. Un vomissement muqueux jaune brun. Puis, agitation, hoquet, matité hépatique un peu diminuée. Leucocytes : 6.400.

*Opération* neuf heures et demie après le début des accidents. Incision latérale droite. Intestin couvert de lymphe. Perforation sur l'iléon à 32 centimètres de la valvule. Deux rangs de sutures à la Lembert. Un tube de drainage jusque dans le Douglas. Suture de la paroi avec des crins. — Drain enlevé deux jours après, et un sac de glace placé alors sur l'abdomen pendant deux jours. Suppuration abondante de la plaie. Broncho pneumonie pendant la convalescence.

Malade sort *guérie* de l'hôpital le 18 juillet (vingt-septième jour après l'opération).

95. — *Cooke. (Ibid.).*

Femme, trente-sept ans, admise le 28 mai 1903. Fièvre typhoïde depuis environ cinq semaines ; mais la malade alitée seulement depuis huit jours. A 8 heures du soir, le 23 mai, douleur abdominale croissante et frisson, température 39°4, pouls 108. Le lendemain, douleur peu marquée ; sensibilité et matité dans la fosse iliaque droite. Facies péritonéal. Respiration superficielle et thoracique. Pas de vomissements ni de hoquet.

*Opération* vingt-six heures après le début des accidents. Incision latérale. Quantité de matières fécales. Sur l'iléon, petite perforation à 22 cm. 5 de la valvule, et partiellement isolée par des adhérences. Pas de péritonite généralisée. Deux rangs de sutures à la Lembert. Gros drain. Suture de la paroi avec des crins. Durée : une heure.

*Guérison* : mais écoulement abondant de pus par la plaie pendant trois mois. Pendant la convalescence, malade obstinément constipée ; à la suite d'une évacuation forcée, formation d'une fistule recto-vaginale.

96. — *Cotton F. J.* (*Boston Medical and Surgical Journal*, 1906, CLV, p. 151.)

Juin 1905. — Garçon, treize ans. Perforation au quinzième jour environ d'une fièvre typhoïde ordinaire. Début par douleur abdominale soudaine et sévère. Plus tard, douleur généralisée,

contracture musculaire, abdomen très distendu, très sensible, matité dans les deux flancs et au-dessus du pubis. Pouls 118, température 39°7. Leucocytes : 7.200.

*Opération* plus de douze heures après le début. Ether. Incision médiane. Un peu de liquide trouble, sans odeur. Distension extrême des intestins ; ponction au trocart d'une anse ; piqûre fermée par suture circulaire à la Lembert. Appendicectomie. Fausses membranes agglutinant les anses. Sur l'iléon, à environ 45 centimètres de la valvule, perforation ronde de 2 mm. 5 de diamètre. Suture circulaire de Pagenstecher ; plaque enfouie dans pli longitudinal avec quelques points. Contre-ouvertures à droite et à gauche. Lavage avec solution salée. Dans incisions latérales, tubes de verre entourés de gaze iodoformée, jusque dans le pelvis. Dans incision médiane, plusieurs mèches allant vers les flancs, le moignon appendiculaire, la perforation. Un plan de sutures avec crins sur la plus grande partie de l'incision médiane. Durée : dix-sept minutes.

Amélioration. Le septième jour, apparition d'une fistule fécale, par l'incision de droite. Le vingt-quatrième jour, douleur sévère dans la partie supérieure de l'abdomen, sans élévation de température. Résistance au niveau du foie. Onze jours après, nouvel accès de douleur, avec distension. Un autre accès le lendemain, avec inversion du péristaltisme. Evidemment, obstruction mécanique par des adhérences, due à l'augmentation de la nourriture. Ecoulement abondant de pus et de matières fécales par la fistule. Apaisement rapide de tous ces symptômes.

Sort complètement *guéri* cinquante-six jours après l'opération.

97. — *Courtney W.* (*Journal of the American Medical Association,* 1905, XLV, p. 1714, cas 2.)

Mars 1891. — Homme, trente ans. Fièvre typhoïde modérée, sans diarrhée. Le matin du seizième jour, quelques douleurs abdominales, deux épistaxis, température 37°8, pouls 98 ; huit heures après, température 38,9, pouls 112. Vomissements. Aggravation des symptômes.

*Opération* treize heures après le début. Incision médiane. Matières fécales dans l'abdomen. Sur l'iléon, à environ 37 centimètres du cæcum, perforation irrégulière de 2 centimètres de diamètre. Suture impossible à cause de la friabilité de la paroi intestinale. Malade étant en collapsus, simple drainage.

*Mort* sept heures après.

*Autopsie.* — Péritonite généralisée ; deuxième perforation à 15 centimètres au-dessus de la première.

98.— *Courtney W.* (*Ibid.*, cas 5.)

Octobre 1897. — Homme, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïde légère. Le vingt-troisième jour, hémorragie intestinale. Le trentième, en allant à la selle, douleur aiguë dans l'abdomen avec chute de température. Facies grippé.

*Opération* dix-neuf heures après les premiers signes. Incision médiane. Gaz et matières fécales. Fausses membranes et adhérences. Sur l'iléon, à 15 centimètres du cæcum, grande perforation (admettant le bout du doigt), à bords nets. Suture. Lavage avec solution salée normale. Tubes de drainage. Suture partielle de la paroi.

*Mort* cinquante-six heures et demie après.

*Autopsie.* — Péritonite généralisée intense. Suture intacte.

99. — *Courtney W.* (Courtney W. — *Ibid.*, cas 8.)

Janvier 1903. — Homme, vingt ans. Fièvre typhoïde plutôt sévère avec température élevée, distension abdominale, sans diarrhée. Le neuvième jour, deux hémorragies intestinales ; les dixième, onzième, douzième jours, une hémorragie quotidienne. Le seizième jour, soudainement, douleur vive dans la région iliaque droite ; frisson. Distension abdominale, pouls rapide et faible.

*Opration* deux heures après le début. Cocaïne (pour la paroi), puis éther. Incision à droite à travers le muscle droit. Intestin distendu. Nombreuses adhérences péri-appendiculaires. Ablation de l'appendice. Invagination du moignon par suture au catgut. A 2 cm. 5 de là, sur le cæcum, petite perforation du diamètre d'un trou d'épingle. Suture de Lembert à la soie. Sur l'iléon, à 10 centimètres de la valvule, ulcération d'apparence gangréneuse avec perforation menaçante. Suture à la soie. Pas de péritonite généralisée ; pas de liquide dans l'abdomen ; drainage local.

Pendant trois jours, état général parfait. A la fin du troisième jour, légère distension abdominale, vomissements considérables. Puis, état s'aggrave ; abdomen distendu et douloureux ; le huitième jour, deux fois du sang dans les selles. Ascension graduelle de la température à 40 degrés, 40°6 ; du pouls, faible, à 130, 150.

*Mort* dix jours et deux heures après l'opération.

*Autopsie.* — Exsudat purulent sur l'intestin. La suture au cat-

gut du moignon appendiculaire s'est résorbée, et le moignon ouvert. Les autres sutures ont bien tenu. Pas d'autre perforation.

100. — *Courtney W.* (*Ibid.* cas 10.)

Janvier 1905. — Homme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde typique. Température normale, le vingtième jour. Rechute marquée, le quarante-quatrième jour. Le matin du dizième jour (cinquante-quatrième), douleur abdominale aiguë. Ventre en bois. Matité hépatique normale.

*Opération* deux heures quarante-cinq minutes après le début de la douleur. Incision latérale. Ablation de l'appendice enflammé avec suture en bourse à la soie. Sur le cæcum, deux petites perforations en piqûre d'épingle ; sutures en bourse à la soie. Près du même point, deux ulcérations avec base enflammée, renforcées par suture continue à la soie. Sur l'iléon, à 30 centimètres du cæcum, large perforation, à bords bien découpés, de 3 millimètres de diamètre. Suture en bourse à la soie. Abdomen rempli de liquide séro-purulent. Un tube et trois drains de Penrose dans le pelvis. Lit en position de Fowler.

Un mois après l'opération, deuxième rechute de fièvre typhoïde, légère, durant huit jours.

Sort *guéri* soixante-quinze jours après l'opération.

101. — *Courtney W.* (*Ibid.*, cas 11.)

Février 1905. — Homme, quarante-trois ans. Fièvre typhoïde typique avec tympanisme considérable, et sans diarrhée. Le quinzième jour, à midi, douleur abdominale aiguë, et signes de collapsus. Sueurs profuses, ventre très rigide et très douloureux, oblitération partielle de la matité hépatique ; frisson.

*Operation* trois heures et un quart après le début. Incision latérale droite à travers le muscle droit. Beaucoup de pus entre les anses. Ablation de l'appendice enflammé. Sur l'iléon, à 20 centimètres du cæcum, deux perforations. Sutures en bourse au fil de lin. A 17 centimètres au-dessus, petite perforation en pointe d'épingle, qui était fermée par des fausses membranes et l'épiploon adhérent. Traces de péritonite ancienne dans cette région. Nettoyage à la gaze. Tube de caoutchouc dans le pelvis ; cinq drains de Penrose. Lit en position de Fowler.

Aggravation de l'état. Température entre 38 degrés et 38°9. Pouls entre 130 et 148, faible. Deux jours après l'opération,

hémorragie intestinale assez abondante. Elle se répète plusieurs fois, et plus abondante, le lendemain.

*Mort* soixante et onze heures et demie après l'opération. Pas d'autopsie.

102. — *Cullen*. (T. K. Holmes, *Journal of the American Medical Association*, 1903, XL, p. 714.)

Femme, trente ans. Le 6 octobre 1900, débute une fièvre typhoïde bénigne. Le 26, douleur abdominale angoissante, shock sévère, température 35°5 ; pouls 150. Tympanisme devient considérable; vomissements incessants. Strychnine, morphine ; sérum sous-cutané. Pendant dix jours, alimentation par le rectum. Guérison graduelle. On trouve alors une masse dure, non fluctuante, au-dessous et un peu à gauche du nombril et descendant dans le pelvis. Un peu de fièvre chaque soir.

*Opération* le 9 mai 1901. Anses intestinales, adhérentes à la tumeur. Sur l'une d'elles, perforation de 2 centimètres de diamètre. Deux rangs de suture continue à la soie. Dans la tumeur, 700 centimètres cubes de pus blanc jaunâtre, d'odeur fécaloïde. Nettoyage à la gaze. Drainage : une mèche iodoformée autour du sac, un drain mou dedans. Un mois après, une deuxième cavité d'abcès se vide dans la première. Lavage quotidien, et drainage abdomino-vaginal.

*Guérison.*

103. — *Cushing H. W.* (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, 1898, vol. IX, p. 267. — *J. Hopk. Hospital Reports*, 1900, VIII, p. 210, cas 1. — Keen, 90.)

Août 1898. — Garçon, neuf ans. Perforation intestinale à la fin de la deuxième semaine de la fièvre typhoïde.

*Opération* quatre heures après. Chloroforme. Incision médiane. Liquide séro-purulent. Séreuse injectée surtout dans la fosse iliaque droite. Dépôts fibrineux sur l'iléon. Matières fécales. Perforation de 2 millimètres de diamètre, à 25 centimètres du cæcum, sur le bord libre de l'iléon. Suture circulaire à la soie fine. Lavage avec solution saline. Drainage à la gaze bismuthée. Durée vingt minutes. Deux jours après, apparition d'une fistule fécale, qui se ferme spontanément quelques jours après.

Dans la soirée du treizième jour après l'opération, soudainement état grave, plusieurs vomissements. Abdomen légèrement distendu ; hoquet, douleur abdominale, facies pincé, extrémités froi-

des. Leucocytes : 4.000. Une heure après, chute de température de 2°2, à 37 degrés ; leucocytes montés à 13.000.

*Deuxième opération*, deux heures après les premiers symptômes. Chloroforme. Pas de liquide libre. On ne trouve aucune cause expliquant les phénomènes. Iléon entouré d'adhérences solides avec l'épiploon ; elles ne furent pas rompues. Petit drain. Fermeture. Durée trente-cinq minutes.

Pas d'amélioration. Etat s'aggrave, vomissements répétés, distension plus prononcée, léger péristaltisme visible. Leucocytes : 20.000 cependant.

*Troisième opération* sous chloroforme, trente-quatre heures après la deuxième, pour obstruction intestinale aiguë. Elle était causée par l'épiploon adhérent à la paroi abdominale antérieure, A ce niveau (10 centimètres au-dessus de la première suture) était une nouvelle perforation, de 1 centimètre de diamètre. Intestin libéré. Suture en bourse à la soie fine de la perforation. Lavage avec solution saline. Drain de gaze bismuthée. Durée vingt-cinq minutes. Après l'opération, distension, coliques, état général sérieux. Etat typhoïde typique pendant dix jours. Convalescence lente ; des abcès du dos et des épaules furent incisés.

*Guérison* définitive.

104. — *Cushing H. W.* (*Johns Hopkins Hospital Reports*, 1900, VIII, p. 218, cas 2. — Keen, 91.)

Septembre 1898. — Homme, dix-huit ans. Perforation dans la cinquième semaine de la fièvre typhoïde.

*Opération* trente-six heures au plus après le début. Anesthésie cocaïnique. Incision sur la ligne semi-lunaire droite. Gaz et pus. Anses distendues, couvertes de fibrine et de matières fécales. La première anse de l'iléon porte trois larges perforations de 1 cm. 5 de diamètre. Suture de « matelassier » de Halsted. Nettoyage. Lavage avec solution saline. Drainage du pelvis et suture. Durée : vingt minutes.

*Mort* quatre heures après.

105. — *Cushing H. W.* (*Johns Hopkins Hospital Reports*, 1900, VIII, p. 221, cas 3. — Keen, 92.)

Septembre 1898. — Homme, trente et un ans. Perforation typhique à la fin de la quatrième semaine, après symptômes abdominaux prolongés.

*Opération* environ vingt-quatre heures après la perforation.

Ether. Incision à travers le muscle droit. Gaz et liquide séro-purulent. Séreuse injectée ; iléon distendu et couvert de fibrine. A 10 centimètres du cæcum, petite perforation, au centre d'une zone noir bleuâtre, de 1 cm. 1/2 de diamètre. Enfouissement avec sutures de Halsted. Nettoyage. Lavage. Drainage du pelvis et du point suturé. Durée : trente minutes.

*Mort* huit heures après, apparemment de toxémie aiguë généralisée.

*Autopsie.* — Péritonite fibrino-purulente généralisée.

106. — *Cushing H. W.* (*Philadelphia Medical Journal*, 3 mars 1900, p. 505. — Keen, 93.)

Homme, vingt-cinq ans.

*Opération* cinq heures et demie après la perforation. Anesthésie cocaïnique. Une perforation, à 20 centimètres du cæcum ; et deux plaques de Peyer amincies, furent enfouies et suturées. Péritonite généralisée.

*Mort* trois jours après une seconde opération.

107. *Cushing H. W.* (*Annals of Surgery*, 1901, XXXIII, p. 5 )

1900. Homme, vingt ans. Hospitalisé le 20 mai pour une fièvre typhoïde datant de quatre jours. Douleurs abdominales fréquentes, surtout au moment du bain. Le 3 juin, dans la nuit, selle sanglante ; après le bain, collapsus, température 37 degrés, revenant rapidement à son chiffre initial, 40 degrés ; vomissements ; rigidité de bois de la paroi abdominale ; mouvements de l'abdomen à chaque respiration ; sensibilité considérable à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite ; pas de matité à la percussion. Pendant la nuit, leucocytes tombent graduellement de 10.000 à 4.200. Le lendemain matin, très grande amélioration. L'après-midi, deux selles sanglantes. Le 5 juin, leucocytes 17.000, 14.500, quelques vomissements ; affaiblissement considérable ; pouls faible à 140.

*Opération* à 9 heures du soir. Anesthésie locale avec morphine et cocaïne. Incision oblique sur la région de l'appendice. Péritonite. Perforation de 1 centimètre de diamètre à 8 centimètres du cæcum. Double rang de sutures. Autour, sur plusieurs centimètres, plaques de Peyer amincies. Grand lavage de l'abdomen. Epiploon accolé le long de l'intestin et maintenu sur une longueur de 11 à 12 centimètres par une rangée de fines sutures. Cette portion de l'intestin placée parallèlement à l'incision abdominale, et mainte-

nue avec de la gaze. Suture des deux bouts de l'incision. Durée : plus d'une heure. — Deux jours après, abdomen souple. Huit jours, après l'opération, près de l'angle inférieur de la plaie, se détache une mince escarre et se produit une fistule stercorale qui se ferme d'elle-même.

*Guérison.*

108. — *Da Costa Ch. J.* (*Annals of Surgery*, février 1905. XLI, p. 284, cas 1).

Homme. Perforation.

*Opération.* — Suture.

*Mort* aussitôt après l'opération.

109. — *Da Costa Ch. J.* (*Ibid*, cas 2).

Perforation.

*Opération.* — On ne trouve pas la perforation.

*Mort.*

*Autopsie.*— La perforation siège dans l'angle hépatique du côlon.

110. — *Da Costa Ch. J.* (*Ibid*, cas 3).

Homme. Perforation.

*Opération.* — Suture.

*Mort* huit jours après, rapidement, d'une seconde perforation.

*Autopsie.* — La première perforation était complètement guérie.

111. — *Da Costa Ch. J.* (*Ibid*, cas 4).

Mai 1904.— Homme, trente-quatre ans. Perforation à la fin de la deuxième, ou au commencement de la troisième semaine d'une fièvre typhoïde. Symptômes de péritonite généralisée. Pouls 118, température 39°1.

*Opération* vingt-quatre heures après la perforation. Incision latérale. Matières fécales. Sur le bord libre de l'iléon, à un peu plus de 60 centimètres de la valvule, perforation, qui admettrait l'index. Deux rangs de sutures. Au-dessous, plusieurs ulcérations sur le point de se perforer. Impossibilité de suturer (rétrécissement de l'intestin), ou de réséquer l'intestin (état désespéré, et résection à faire devant comprendre aussi cæcum). Anus artificiel sur la portion adjacente à la suture, selon la méthode du professeur Bodine. Nettoyage. Drainage avec mèches de gaze.

Pendant deux jours, état désespéré, hypothermie. Puis, amélio-

ration. Écoulement diarrhéique par l'anus, d'abord abondant, diminue. Le dixième jour, après l'opération, soudainement, violente douleur dans la région iliaque droite ; ascension du pouls de 80 à 108, de la température à 38°3 ; calmée par l'écoulement au dehors de matières fécales, décelant une nouvelle perforation.

Quatre mois après, *opération* pour la fermeture de l'anus artificiel. On trouve la deuxième perforation à 5 centimètres au-dessus de l'anus, et isolée de la cavité péritonéale par des adhérences. Résection de l'anus, et anastomose latéro-latérale.

*Guérison.*

112. — *Dalton* (*Medical Review*, Saint-Louis, 1898, XXXVIII, p. 392. Keen, 95.)

Perforation le quatorzième ou quinzième jour d'une fièvre typhoïde normale. Collapsus, douleur, pouls rapide, etc.

*Opération.* — Disparition des signes abdominaux après. Mais la malade *meurt* de l'évolution de la fièvre typhoïde, le trente quatrième jour.

*Autopsie.* — Suture parfaitement cicatrisée.

113. — *Dalton.* (*Ibid.* Keen, 96.)

*Opération.* — Suture d'une perforation à 15 ou 20 centimètres de la valvule.

*Mort* par le shock.

*Autopsie.* — On trouve une deuxième perforation à 90 centimètres de la valvule, passée inaperçue à l'opération.

114. — *Dalziel T. K.* (Keen. *Transactions New-York State Medical Association.* Keen, 97. Finney, 31.)

*Opération* vingt-six heures après les signes de perforation. Malade *in extremis.* Incision médiane. Lavage. Asséchement. Drainage.

*Mort.*

115. — *Dalziel T. K.* (*Ibid.* Keen, 98. Finney, 32.)

Malade *in extremis*. Incision médiane. Lavage. Asséchement. Drainage.

*Mort.*

116. — *Dalziel T. K.* (*Ibid.* Keen, 99. Finney, 33.)

Homme, vingt-quatre ans. Perforation à la fin de la deuxième semaine.

*Opération* seize heures après le début des symptômes. Incision médiane. Trois perforations dans les 45 derniers centimètres de l'iléon. Péritonite fibrineuse généralisée. Lavage. Asséchement. Drainage.

*Mort.*

117. — *Dalzel T. K.* (*Ibid.* — Keen, 100. Finney, 34.)

Homme, seize ans. Perforation à la fin de la deuxième semaine.

*Opération* treize heures après le début des symptômes. Incision médiane. Léger épanchement fibrineux. Lavage. Asséchement. Drainage. — Hémorragie le lendemain de l'opération.

*Mort.*

118. — *Dalziel T. K.* (*Ibd.* Keen, 101. Finney, 35.)

Malade *in extremis.*

*Opération* trente-six heures après le début des symptômes. Incision médiane. Lavage. Asséchement. Drainage.

*Mort.*

119. — *Dalziel T. K.* (*Ibid.* Keen, 102. Finney, 36.)

Femme, treize ans. Fièvre typhoïde bénigne. Perforation probablement dans la quatrième semaine ; température monte à 39°8, respiration 60.

*Opération* onze heures après le début. Bon état. Incision médiane. Lavage. Asséchement. Drainage. — Tube de drainage enlevé cinq jours après l'opération ; les fils, le treizième jour.

*Guérison.*

120.— *Dandridge N. P.* (*Cincinnati Lancet Clinic*, 21 août 1897, p. 177. Keen, 65. Finney, 30.)

1897. — Homme, dix-neuf ans. Le onzième jour d'une fièvre typhoïde assez légère, douleur abdominale. Abdomen uniformément distendu et très sensible ; matité hépatique diminuée ; hypothermie, pouls faible.

*Opération* six heures après. Incision sur la ligne semi-lunaire

droite. Un peu de liquide vert brun. Intestins distendus, de couleur rouge foncé, et couverts de fibrines par places. Perforation de 8 millimètres de diamètre, à 30 centimètres de la valvule. Six sutures à la Lembert. Malade tourné sur le côté, et lavage avec solution saline. Intestins si distendus qu'on doit les ponctionner pour donner issue aux gaz. Drainage avec gaze iodoformée.

*Mort* cinquante-quatre heures après l'opération.

*Autopsie.* — La lumière de l'intestin, au niveau de la suture, est légèrement rétrécie. Péritonite purulente.

121. — *Dandridge N. P.* (*Cincinnati Lancet Clinic*, 27 mai 1905, LIV, ns., p. 611, cas 2.)

*Opération.* — Perforation sur l'iléon, près du cæcum. Suture. Une deuxième ulcération découverte à 20 centimètres de la valvule ; le péritoine étant intact, pas de suture.

*Mort* sept jours après l'opération, par perforation de cette ulcération.

L'*autopsie* montre que la première perforation était close.

122. — *Dandridge N. P.* (*ibid.*, cas 3).

Dix ans. Perforation le vingtième jour de la typhoïde.

*Opération* vingt-huit heures après le début des symptômes. Perforation sur l'iléon, près du cæcum. Suture. Lavage. Drainage.

*Mort* en douze heures.

123. — *Dandridge N. P.* (*ibid.*, (cas 5).

*Opération.* — Perforation à quelques pouces du cæcum. Matières fécales et pus dans l'abdomen. Suture.

*Mort* en peu d'heures. Pas d'autopsie.

124. — *Daniel G.H.S.* (*Lancet*, 14 avril 1906, I, p. 1043).

Juillet 1905. — Fille, cinq ans. Fièvre typhoïde modérée. Température normale le trente-cinquième jour. Rechute dix-sept jours après. Le dixième jour de celle-ci, nausées incessantes avec douleur considérable et sensibilité au niveau de la région cæcale. Pouls 140. Le lendemain, distension, disparition de la matité hépatique, pouls filant, grande agitation.

*Opération.* — Ecoulement abondant de liquide clair. Petite perforation au milieu d'une plaque de Peyer enflammée, près du cæcum. Une autre plaque près de se perforer. Deux rangs de suture. Large drain de gaze. Pas de lavage.

*Guérison.*

125. — *Darling C.-G.* (John A. Wessinger and C. G. Darling, *The Physician and Surgeon*, novembre 1905, XXVII, p. 501.)

Septembre 1905. — Homme. Fièvre typhoïde, avec selles fréquentes. Le vingt et unième jour, à trois heures du matin, brusquement violente douleur dans le rectum. Pas d'amélioration par lavement chaud. Deux heures après, température normale, pouls 120, très petit, distension abdominale et tympanisme léger. Puis, ascension de température, vomissements, frisson, tympanisme très marqué, diminution de la douleur qui s'était généralisée à tout l'abdomen.

*Opération* douze heures après le début des accidents. Incision latérale. Petite perforation à 40 centimètres de la valvule. Suture. Lavage. Contre-ouverture au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure ; 3 drains (le long du côlon, vers ligne médiane, dans pelvis). — A partir du troisième jour, vomissements de plus en plus fréquents.

*Mort* le sixième jour après l'opération par obstruction intestinale.

*Autopsie.* — Sutures parfaites ; les 60 à 90 derniers centimètres de l'iléon étaient en collapsus absolu, la lumière presque oblitérée.

126. — *Davis B.-B.* (*Journal American Medical Association* 1904, XLII, p. 1329, cas 1.)

Juin 1895. — Homme, dix-sept ans. Dans la troisième semaine d'une fièvre typhoïde, soudainement, douleur intense dans la fosse iliaque droite, avec distension abdominale croissante.

*A l'opération*, température 39°7. Pouls 140. Ether. Incision latérale. Péritonite purulente généralisée. Grande perforation de l'appendice. Appendicectomie. Lavage. Drainage avec gaze et drains de caoutchouc.

*Mort* vingt-quatre heures après. Dans l'appendice, on trouva du bacille typhique.

127. — *Davis B.-B.* (*Ibid.*, cas 2.)

Novembre 1902. Homme, vingt-deux ans. Perforation au début de la troisième semaine d'une fièvre typhoïde sévère. A 2 heures du matin, douleur intense juste au-dessous de l'ombilic avec température 36°1, pouls 110, et rigidité musculaire considérable.

*Opération* environ vingt-six heures après le début. Incision latérale. Beaucoup de matières fécales. Péritonite généralisée.

Sur l'iléon, à 60 centimètres de la valvule, perforation très déchiquetée, large (admettant deux doigts). Suture. Lavage avec solution salée. Drainage.

*Mort* vingt-quatre heures après.

128. — *Davis G.-G.* (*University Medical Magazine*, mai 1900, XIII, p. 172. *Episcopal Hospital Records*, Philadelphia.)

Homme, vingt-six ans. Perforation dans la sixième semaine de la fièvre typhoïde. A 6 heures du matin, douleur soudaine, et sensibilité dans la région iliaque droite ; pas de vomissements ; chute de température de 38°5 à 36 ; sueurs abondantes.

*Opération* dix heures et demie après le premier symptôme. (température 40°2 ; pouls 135). Incision oblique à 2 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure. Pus louche. A 10 centimètres de la valvule, perforation de 3 millimètres de diamètre. Enfouissement et suture. Lavage. Drainage avec gaze et drain de caoutchouc.

*Guérison.*

129-133. — *Davis G.-G.* (*Episcopal Hospital Records*, Philadelphia.)

Cinq opérations pour perforations intestinales typhiques.

*Mort.*

134. — *Davis G.-G.* (*University Medical Magazine*, mai 1900, XIII, p. 173. *Episcopal Hospital Records*. Philadelphia.)

Femme, vingt-neuf ans. Fièvre typhoïde. Le vingt et unième jour, légère hémorragie. Le vingt-deuxième jour, neuf hémorragies abondantes. Le vingt-troisième jour, deux hémorragies. Le lendemain, sang passe mélangé aux matières fécales. Le vingt-cinquième jour, à 9 heures du matin, douleur lancinante entre ombilic et pubis ; régions iliaque gauche et pubienne sensibles ; abdomen modérément distendu, pas de vomissements, pas de matité dans les flancs. Le lendemain, distension, douleur et sensibilité généralisée ; vomissements.

*Opération* environ trente-six heures après le début de la douleur. Ether. Incision latérale. Appendice perforé ; ligature, ablation. Une autre petite perforation sur l'iléon, à 30 centimètres de la valvule. Lavage. Drainage avec gaze et tube. — Pendant vingt-quatre heures, amélioration, puis vomissements.

*Mort* trente-six heures après l'opération.

*Autopsie.* — Un peu de liquide trouble dans le péritoine ; nombreuses ulcérations sur la dernière portion de l'iléon et sur tout le côlon.

135. — *Davis R.-T.* (*American Medicine*, 18 janvier 1902, p. 116.)

Femme, dix-sept ans. Fièvre typhoïde normale. Dans la quatrième semaine, à midi et demi, violente et soudaine douleur dans la partie inférieure de l'abdomen. Quatre heures après, pouls 140. température 40, respiration très rapide : sueurs visqueuses ; sensibilité très marquée au-dessous de l'ombilic.

*Opération* quatre heures et demie après le début. Perforation du diamètre d'une tête d'épingle, sur l'iléon à 20 centimètres de la valvule. Suture à points séparés. Intestin fut essuyé. Lavage avec solution salée chaude. Paroi suturée.

*Guérison.*

136. — *Deanesly.* (Deanesly et Malet, *Lancet*, 25 mai 1901, p. 1466. — *Brithis Medical Journal*, 1901, I.)

Février 1901. — Homme, dix-huit ans. Fièvre typhoïde. Le quinzième jour (la température étant normale), à 3 h. 30 du matin, malade réveillé par violente douleur dans l'abdomen. Vomissements deux heures après. Abdomen sensible et non distendu, douleur généralisée, température 35°8, pouls 96, matité hépatique normale, température remonte à 39 degrés.

*Opération* huit heures après la douleur. Incision dans la fosse iliaque droite Liquide jaune. Sur le bord libre de l'iléon, perforation au centre d'un ulcère circulaire. Enfouissement et double rangée de sutures à la soie fine. Péritoine et culs-de-sac essuyés avec gaze humide. Suture complète de la paroi, par plans. Durée une heure.

*Guérison.*

137. — *Deaver J.-B.* (*Transactions College Physicians*, Philadelphia, 1898, 3 s., XX, 9. — *American Journal of the Medical Sciences*, février 1898, p. 191. Keen, 103. Finney, 38.)

Homme, vingt-sept ans. Première attaque de typhoïde dix ans avant. Fièvre typhoïde grave ; Widal positif. Plusieurs hémorragies. Perforation dans la deuxième semaine. Après un repas abondant, soudainement, douleur abdominale sévère, le forçant à s'ali-

ter. Le lendemain matin, abdomen entièrement distendu, très rigide; sensibilité exquise, surtout à droite.

*Opération* douze à dix-huit heures après la douleur. Pus abondant et gaz libres dans l'abdomen. L'appendice, très congestionné, est enlevé. Intestins très distendus. Perforation non trouvée. Lavage, drainage.

*Guérison.* — Il existe des ulcérations profondes sur l'appendice.

138. — *Deaver J. B.* (*Annals of Surgery*, 1898, XXVIII, p. 144, Keen, 105. Finney, 39.)

Janvier 1898. — Femme, vingt-trois ans Perforation à 3 heures après-midi, le vingt et unième jour d'une fièvre typhoïde. Violente douleur abdominale, suivie de symptômes de collapsus; chute de température au-dessous de la normale, légère augmentation du pouls. Pas de vomissements.

*Opération* trois heures et demie après. Gaz et pus. Perforation de la grosseur d'un pois, sur le bord libre de l'iléon, à 17 cm. 1/2 de la valvule. Sutures de soie noire. Lavage à l'eau stérilisée chaude. Tube de drainage en verre. Incision fermée par des points séparés de crin. Durée : dix-sept minutes.

*Mort* trois jours après.

*Autopsie.* — Sutures en bon état; péritonite généralisée.

139. — *Deaver H. C.* (John B. Deaver, *Transactions Col. Phys.* Philadelphia, 1898, 3 s., XX, 9. — J. Deaver, *American Journal of the Medical Sciences*, février 1898, p. 191. Keen, 104. Finney, 37.)

Homme, trente-six ans. Fièvre typhoïde grave. Perforation dans la troisième semaine. Douleur abdominale soudaine, avec shock sévère et rigidité marquée de la paroi abdominale.

*Opération* trente-six heures après le début. Condition mauvaise. Pus dans le péritoine. Perforation en trou d'épingle sur l'iléon.

*Mort.*

140-143. — *Deaver H. C.* (*Episcopal Hospital Records*, Philadelphia.)

Quatre opérations pour perforations intestinales typhiques.

*Mort.*

144. — *Delanglade Ed.* (Ed. Boinet et Ed. Delanglade, *Archives Générales de Médecine*, octobre 1899, p. 426. — N. Mauger, Thèse de Paris, juillet 1900, p. 109, cas 44.)

Octobre 1898. — Femme, trente cinq ans. Fièvre typhoïde de moyenne intensité. Le huitième jour, dans la nuit, violentes douleurs abdominales. Le lendemain matin, douleurs atroces, facies légèrement grippé. Pouls 100, bien frappé, température 38,9, un peu de météorisme.

*Opération* douze heures après les premiers signes. Ether. Incision médiane. Grande quantité de liquide louche, purulent, sans odeur fécaloïde ; fausses membranes sur les anses rouges et distendues. Perforation de 4 à 5 millimètres sur le sommet d'un diverticule de Meckel dont la cavité communique avec celle de l'intestin grêle. Résection et suture au catgut fin. Cavité péritonéale essuyée ; pas de lavage. Tamponnement à la Mikulicz. Suture de la paroi en un plan. Durée : vingt-cinq minutes. — Sérum. Vomissements porracés constants.

*Mort* seize heures après l'intervention.

*Autopsie.* — Péritonite purulente suraiguë ; sutures ont bien tenu. L'examen histologique du diverticule montre que la perforation s'est produite sur un follicule clos occupant son sommet.

145. — *Delbet Pierre.* (*Bulletins et Mémoires de la Socitée de Chirurgie de Paris*, 7 avril 1908, t. XXXIV, n° 13, p. 503.)

Novembre 1907. — Homme trente-huit ans. Perforation au début de la deuxième semaine de la fièvre typhoïde. A 3 heures du matin, douleurs atroces à l'extrémité et la face inférieure de la verge. Ventre plat, assez résistant. Cathétérisme ramène 200 grammes d'urine très claire. Malade nullement soulagé. Pas de vomissements. Température 40°2 la veille au soir. Malade continue à souffrir et ne peut uriner. Le soir, chute brusque de la température qui remonte presque immédiatement. Le lendemain matin, signes de perforation manifestes : ventre dur, rétracté, pouls incomptable ; un vomissement porracé.

*Opération* environ dix-huit à dix-neuf heures après le début des accidents. Laparotomie sous-ombilicale médiane. Ventre rempli de liquide purulent et ayant l'aspect de la diarrhée typhique. Sur l'iléon, assez loin du cæcum, perforation circulaire d'un bon centimètre de diamètre. Suture par un double surjet au catgut. Lavage des dernières anses grêles au sérum chaud. Drain et mèches. Injections de nucléinate de soude.

Le soir, vomissement noir abondant. Le lendemain, tympanisme énorme.

*Mort* après avoir vomi une quantité formidable de liquide vert noirâtre, environ vingt-quatre heures après l'opération. Pas d'autopsie.

146. — *Delore X.* (Mouriquand. *Lyon Medical*, 12 juillet 1903, p. 38. — Ant. Poncet. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 7 avril 1908, p. 497.)

Janvier 1903. — Homme, trente-trois ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Alité pendant la dernière semaine ; forme grave. Perforation un mois après le début. A 5 heures du matin, douleur brusque dans la fosse iliaque droite. Douleur diffuse dans l'abdomen ; contracture de la paroi, matité dans les flancs ; faciès péritonéal. Pas de météorisme, ni modification de la température.

*Operation* sept heures après le début. Incision médiane. Ecoulement de deux litres de liquide louche, purulent, avec parcelles de matières fécaloïdes. Anses intestinales, rouges, agglutinées par places. Pus surtout dans le petit bassin. Sur la dernière anse de l'iléon (de consistance rigide) à 50 centimètres de la valvule, grosse plaque de Peyer indurée avec deux perforations punctiformes. Suture séro-séreuse au catgut n° 0. Asséchement. Drainage avec un gros tube et des mèches. Durée : quinze minutes.

***Mort* cinquante heures après.**

*Autopsie.* — Suture a bien tenu : péritonite diffuse ; signes de pyohémie.

147. — *Delore X.* (*Ibid.*)

Juillet 1902. — Homme, trente-quatre ans. Fièvre typhoïde ambulatoire typique (diarrhée, céphalalgie légère). Le neuvième jour, après un travail dur, douleur brusque dans l'abdomen ; pas de vomissements. Arrêt des matières et des gaz. Entre à l'hôpital trois jours après avec des signes de péritonite généralisée ; température 39°8, mais pouls 70.

*Operation.* — Incision médiane. Grande quantité de matières fécales dans le péritoine. Anses grêles agglutinées. Sur une anse de l'iléon, de consistance rigide, plaque de Peyer indurée avec une perforation du diamètre d'une grosse tête d'épingle. Excision des bords de la perforation. Lavage du péritoine à l'eau bouillie. Assé-

chement. L'anse perforée est laissée exposée au dehors. Drainage large.

*Mort* trente-six heures après. Séro-diagnostic positif.

148. — *Delore X.* (A. Poncet. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 7 avril 1908, p. 499.)

Homme, trente ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 9 septembre 1906, avec des signes de fièvre typhoïde. Deux jours après, douleur abdominale vive dans la fosse iliaque droite ; puis, progressivement, tympanisme, vomissements ; arrêt complet des gaz et des matières. Pas d'hypothermie : température reste aux environs de 40 degrés.

*Opération* quatre jours après le début. Deux litres de pus collecté dans le Douglas. Au fond de la collection, une anse intestinale de consistance spéciale, comme cartonnée, sur elle on trouve une plaque de Peyer avec une perforation punctiforme. Pas de matières fécales dans l'abdomen. Suture de la perforation au catgut. Drainage.

*Mort* douze heures après l'opération.

149. — *X. Delore.* (*Ibid.*)

Mars 1905. — Homme, cinquante ans. Typhus ambulatorius : douleurs de ventre, céphalalgie, diarrhée, fièvre (38°5 à 39 degrés). A la fin de la troisième semaine, subitement, vive douleur autour de l'ombilic ; vomissements incessants.

*Opération* quarante-huit heures après. Signes évidents de péritonite diffuse sur l'iléon, perforation au centre d'une grosse plaque de Peyer. Abdomen rempli de pus et de débris à aspect fécaloïde. Pas de suture. Drainage.

*Mort* quelques heures après.

150. — *Depage A.* (*Journal de Chirurgie et Annales de la Société belge de Chirurgie*, 1902, II, p. 170. — *Journal Médical de Bruxelles*, 12 février 1903, p. 81.)

Octobre 1902. — Femme, quarante-deux ans. Fièvre typhoïde, avec constipation depuis le début. A la fin du deuxième septénaire, douleurs abdominales violentes ; ventre ballonné et douloureux à la pression. Pouls 92. Température 37°9. Ballonnement croissant, facies grippé. Avant l'opération, pouls 96, température 35°,6, miction involontaire.

*Opération* trois jours après le début des accidents. Cocaïne locale. Incision médiane. Du côté du cæcum, gros foyer purulent : pus séro-grumeleux, à odeur fétide. A ce niveau, sur l'iléon, à 10 centimètres du cæcum, petite perforation arrondie, de 2 à 3 millimètres de diamètre. Résection partielle en V de cette portion. Deux plans de suture, l'un prenant toute la paroi, l'autre (Lembert) la séreuse. Foyer purulent détergé. Drainage en arrière de région cœcale par contre-ouverture à ce niveau. Lavage avec sublimé au 1/4. Pour réduire les intestins très dilatés, une dizaine de ponctions capillaires sur les anses. Drainage.

Le lendemain, vomissements constants et ballonnement. Température 35°8, Pouls 120, Respiration 36. Pansement enlevé ; application de glace sur l'abdomen. Sérum. Le soir, température 37°6. Suppression de la glace trois jours après. Suppuration abondante de la plaie lavée au sérum.

*Guérison.*

151. — *Dubujadoux.* (*Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, avril 1908, p. 324, cas 1.)

Homme, trente-sept ans, réserviste, au 76e de ligne, tombe malade le 31 juillet 1906. Céphalée, courbature, cauchemars, diarrhée. Mais, température tombe assez brusquement ; 37°5 les 5 et 6 août, 36°8 et 38°8 le 7 ; 37°5 le matin du 8. Ce même matin (neuvième jour de maladie) entre 8 et 9 heures, au moment d'un effort de défécation, douleur subite, violente, au côté droit du ventre. Position en chien de fusil. Pas de vomissements. Diète et glace. Après-midi : température 40 degrés. A 6 heures, pouls 104, température 39°8. Ballonnement généralisé ; défense musculaire à droite. Pas de nausées, de vomissements, de hoquet ; ni selles ni gaz par l'anus. Un vomissement le lendemain matin.

*Opération* vingt-quatre heures après le début des accidents. Incision médiane. Gaz, liquide louche inodore. Anses grêles, rouges, sans fausses membranes, extrêmement distendues. Cæcum très gonflé ; appendice normal. Sur l'iléon, à 35 centimètres de la valvule, perforation ronde, de 6 millimètres de large, sur une plaque longue de 3 centimètres, large de 2 cm. 1/2. Trois plans de points séparés à la Lembert. Mésentère épaissi. Ganglions hypertrophiés. Lavage du bassin à l'eau salée chaude. Deux gros drains dans le Douglas ; suture à trois étages. Contre-incision au point de Mac Burney ; un gros drain. Un litre de sérum. Durée : deux heures.

Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac et de l'intestin : ballonnement ; vomissements répétés à partir du troisième jour, abondants. Phénomènes prolongés (jusqu'au dix-septième jour après l'opération) d'obstruction et de circulus viciosus. Crises de douleur extrêmement vives. En treize jours (à partir du quatrième après l'opération), trente-deux lavages d'estomac (jusqu'à cinq le quinzième jour). A la fin du lavage, injection de bouillon, ou jus de viande, lait, jaune d'œuf, décoction d'amidon. Les substances étaient retrouvées intactes au lavage suivant. Quantité considérable de matières à presque tous les lavages. Ceux-ci doivent être très abondants (jusqu'à 8 litres de solution alcaline). Injections sous-cutanées répétées de sérum ; en 33 injections, 27 litres, 900 centimètres cubes de sérum, dont une série avec 3 grammes de phosphate de soude et 8 milligrammes de strychnine. Lavements quotidiens sans résultats. Lavements électriques : quelques heures après le premier (onzième jour après opération), deux selles et des gaz ; ceux des jours suivants, effet nul ; celui du quinzième jour amène une exagération des mouvements antipéristaltiques, une augmentation du ballonnement ; lavage stomacal nécessaire une heure et demie après. Sous l'action de la distension abdominale, éclatement de l'incision abdominale ; la séreuse éclate le quinzième jour. Suture possible seulement deux jours après. Amaigrissement de 20 kilogs en un mois. Rechute de typhoïde le 9 septembre, légère (au plus 38°9) pendant quinze jours.

*Guérison* définitive.

152. — *Dubujadoux. (Ibid.*, cas 3.)

Réserviste au 38e régiment d'artillerie, trente ans ; hospitalisé le 22 septembre 1903, sixième jour de la fièvre typhoïde. Pouls 100. Bains froids. Ballonnement modéré, ventre indolent, pas de stupeur ni de délire. Température moyenne 39°3. Polyurie. Pouls 80 à 84. Le 27 (onzième jour de maladie), après le bain de 4 heures du matin, douleur vive et subite dans le flanc droit. A 7 heures, rétraction du ventre. Défense musculaire. Pouls 116. La température a fléchi de 3/10. A 9 heures, température 40°6, pouls 100. Pas de nausées ni de vomissements.

*Opération* à 10 heures (moins de six heures après la douleur). Incision médiane. Liquide louche. Epiploon normal. Sur l'iléon, à 35 centimètres du cæcum, perforation en tête d'épingle au centre d'une plaque de Peyer épaisse et très dure. Deux plans de suture

à la Lembert. Lavage à l'eau salée. Drainage. Suture à trois étages.

La température descend jusqu'au sixième jour, puis oscille entre 37°8 et 38°3. Pouls entre 84-96 ; le 8 octobre à 100, puis 112, 140. Disparition du ballonnement. Selles et gaz. Désunion et sphacèle de la plaie. Depuis le troisième jour, délire. Le huitième, muguet. Le douzième, parotidite gauche.

*Mort* le treizième jour.

153. — *Dubujadoux*. (*Ibid.*, cas 4.)

Août 1904. — Sergent d'infanterie, vingt et un ans. Fièvre typhoïde grave, avec température élevée. Le dix-neuvième jour, à 9 heures du soir, douleur violente au niveau de l'ombilic, suivie de plusieurs selles. Puis, vomissements répétés, pouls 112 (de 90), défense musculaire, sensibilité, absence de gaz et de selles.

*Opération* treize heures après la première douleur. Chloroforme. Incision médiane. Sérosité limpide mêlée de flocons fibrineux. Sur l'iléon, à 40 centimètres du cæcum, perforation ronde, large de 4 millimètres, à bords minces, dans une plaque très rigide. Deux plans de sutures à la Lembert. Lavage des anses herniées. Trois gros drains, un pelvien, un vers chaque fosse iliaque. Sérum.

Amélioration des signes abdominaux ; mais évolution de la typhoïde avec fièvre élevée. Quatre jours après l'opération, série d'hémorragies intestinales dues à des aliments pris en cachette.

*Mort* huit jours après l'opération ( deux heures avant, température 41°7).

154. — *Dubujadoux*. (*Ibid.*, cas 5.)

Août 1904. — Maréchal des logis du 3e d'artillerie coloniale, vingt-sept ans. Fièvre typhoïde moyenne. Le treizième jour, à 4 heures du matin, en sortant du bain, tout à coup, vive douleur dans le flanc droit. Avant le bain, température 38°6. A 7 heures, température 39 degrés, pouls 112. A 10 heures, température 39°7, pouls 112. Douleur, ballonnement, défense musculaire, localisés à la fosse iliaque droite. Matité du foie normale. Ni nausées, ni vomissements, ni hoquet.

*Opération*. — Sept heures après la douleur. Incision médiane. Inondation fécale abondante. Sur l'iléon, à 30 centimètres du cæcum, perforation large de 1 centimètre, au centre d'une plaque

très rigide. Deux plans de suture à la Lembert. Lavage à l'eau salée. Trois gros drains.

Péritonite continue à évoluer.

*Mort* quarante-huit heures après avec température 42 degrés.

155. — *Dubujadoux.* (*Ibid.*, cas 6.)

Août 1905. — Soldat au 155e de ligne. Perforation au dizième jour d'une fièvre typhoïde larvée. Hospitalisé trois jours avant pour angine ; température aux environs de 37 degrés. A 6 heures du soir, douleur abdominale violente, surtout dans la fosse iliaque droite, suivie d'une selle liquide. Une demi-heure après, température 39°8, pouls 72, respiration 24. Développement des signes de péritonite.

*Opération.* — Quatorze heures après le début. Incision latérale droite. Liquide louche. Intestin rouge ; ganglions cæcaux volumineux, indurés. Sur l'iléon, près du cæcum, fausses membranes. A 20 centimètres du cæcum, perforation ronde, large comme une lentille, au centre d'une plaque rigide. Trois plans de suture à la Lembert. Deux drains, un dans le pelvis, un vers le cæcum. Suture à trois étages.

Au quatrième jour, des matières commencent à filtrer par l'incision ; désunion de la plaie opératoire, qui montre l'anse perforée adhérente, l'orifice à hauteur de l'épine iliaque. Vingt jours après, la suture est refaite facilement ; quatre jours après, les fils lâchent de nouveau. Apparition d'une pneumonie.

*Mort* par épuisement, quarante et un jours après l'opération.

*Autopsie.* — A 10 centimètres en aval de la perforation, existence d'un coude brusque du grêle, maintenu par des adhérences, ayant amené l'encombrement et la distension de la partie sus-jacente.

156. — *Dunn J. H.* (*Northwestern Lancet*, 1904, XXIV, p. 167.)

Mars 1904. — Homme, quarante-six ans. Fièvre typhoïde très grave, avec rétention d'urine nécessitant cathétérismes répétés. Dans la troisième semaine, hémorragies intestinales graves pendant deux jours. Cinq jours après, à 8 h. 45 du soir, douleur dans la région vésicale. Leucocytes : 18.000. Rigidité abdominale croissante ; diminution de la matité hépatique ; pas de modifications du pouls et de la température.

*Opération* six heures trois quarts après la douleur. Chloroforme. Péritonite étendue. Sur l'iléon, à 2 centimètres de la valvule, per-

foration arrondie du diamètre d'un pois ; paroi infiltrée 12 millimètres autour. Suture en bourse difficile (les fils coupaient), renforcée par lambeau d'épiploon. Plusieurs autres ulcérations ; une ou deux très proches, maintenues dans la suture. Lavage avec solution salée chaude. Fermeture de la paroi. Durée : vingt-cinq minutes.

*Mort* cinquante et une heures après, par péritonite.

157. — *Duvergey J.* (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 26 avril 1908, p. 193.)

Janvier 1904. — Homme, quarante-six ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Dans la quatrième semaine, douleurs abdominales assez légères, surtout dans la fosse iliaque droite, puis se généralisant à tout l'abdomen ; vomissements bilieux ; température entre 38 et 39 degrés ; pouls 120. Trois jours après, faciès grippé, pouls 140, température 36°8, ventre très sensible, contracture considérable.

*Opération*. — Chloroforme. Incision médiane. Dans le petit bassin, volumineuse collection d'un pus jaune verdâtre, très fétide, avec matières fécales. Nettoyage et asséchement. Sur l'iléon, tout près du cæcum, trois perforations elliptiques des dimensions d'un pois. Dans le voisinage, points très nombreux et très rapprochés avec amincissement extrême de la paroi. Sutures impossibles. Liquide louche et fétide dans l'abdomen ; asséchement. Deux gros drains dans le petit bassin, deux contre-ouvertures dans les fosses iliaques. Extériorisation de 30 centimètres d'intestin grêle, en passant dans le mésentère une broche formée par une bougie en gomme dure, enveloppée dans une compresse de gaze. Durée : vingt minutes.

*Mort* en collapsus six heures après.

*Autopsie*. — Péritonite généralisée. Sur l'iléon, ulcérations, quelques-unes cicatrisées.

158. — *Elder J. M.* (*The Montreal Medical Journal*, février 1903, XXXII, p. 98.)

Septembre 1902. — Homme, trente ans. Première attaque de fièvre typhoïde sept ans avant. Fièvre typhoïde ambulatoire, (fièvre, céphalalgie, constipation). Au huitième jour environ, à 8 heures du matin, douleur abdominale violente, frissons, vomissements, température 40°2, pouls 90, rigidité abdominale.

*Opération* dix heures trente minutes après. Incision latérale.

Péritonite généralisée, pus et matières fécales. Sur le bord libre de l'iléon, à 25 centimètre du cæcum, perforation à l'emporte-pièce, du diamètre du petit doigt. Suture continue à la soie fine et deuxième rangée de suture de catgut à la Czerny-Lembert Lavage. Deux drains, vers le foie et dans pelvis.

Température normale dix jours après.

*Guérison.*

159. — *Eliot et Cutler.* (Shattuck, Warren et Cobb, *Transactions of the American Surgical Association*, 1900, XVIII, p. 415, cas 16. — *New-York Medical Record*, 22 décembre 1900, p. 968. — Kenn, 94.)

Juin 1899. — Homme, dix-neuf ans. Fièvre typhoïde bénigne. Widal positif. Perforation à la fin de la deuxième ou au début de la troisième semaine. Douleur dans la partie inférieure de l'abdomen avec sensibilité généralisée ; leucocytes montent de 6.900 à 8.000. Le lendemain, pas de douleur. Le deuxième jour, douleur sévère, abdomen sensible et rigide, mais plus du côté droit ; tympanisme, face anxieuse, pouls 120, chute de température ; leucocytes : 12.200 ; pas de vomissements.

*Opération* quatre heures après cette douleur intense. Ether. Incision médiane. Péritonite généralisée ; liquide trouble séro-purulent ; flocons de fibrine. Plaque nécrosée sur une ulcération, à 1 m. 20 du cæcum. Bords tournés en dedans ; deux rangs de sutures à la Lembert. Pas de lavage. Cavité essuyée. Drainage à la gaze.

*Guérison* après une rechute de fièvre typhoïde survenue sept jours après l'opération, et durant seize jours.

160. — *Eliot.* (G. Woolsey, *Annals of Surgery*, 1906, XLIII, p. 652, cas 16. — *Presbyterian Hospital Records*, New-York.)

Décembre 1905. — Homme, vingt et un ans. Perforation le dix-huitième jour d'une fièvre typhoïde typique. Douleur sévère et soudaine, frisson, nausées et vomissements. Ascension de la température de 38°9 à 39°4, des leucocytes de 11.400 à 12.300 ; abdomen sensible, rigide ; légère distension ; diminution de la matité hépatique.

*Opération* deux heures après la perforation. Gaz et éther. Incision à droite sur le muscle droit. Gaz libres et 8 onces de liquide dans le péritoine. Perforation à 20 centimètres du cæcum. Suture

en bourse, et un rang de sutures à la Lembert. Pas de lavage, mais seulement nettoyage local. Large drain « cigarette ».

*Mort.*

161. — *Elsberg* (*New-York Medical Record*, 9 juillet 1904, LXVI, p. 47, cas 1. — Morris Manges, *Journal American Medical Association*, 1905, XLV, p. 1019, cas 2. — *Mount Sinaï Hospital Reports*, 1903, III.)

Fille, six ans et demi. Fièvre typhoïde grave, avec constipation. Perforation le trente-troisième jour. Frisson et douleur abdominale, vomissements tardifs, température 40°2, pouls 180, respiration 40, collapsus très marqué. Leucocytes 18.000.

*Opération* seize heures après le début. Morphine et chloroforme. Péritonite séro-purulente. Gaz libres. Suture. Durée : onze minutes.

Convalescence retardée par furonculose et abcès multiples.

*Guérison.*

162. — *Elsberg* (*Ibid.*, cas 2. — Morris Manges. *Ibid.*, cas 14.)

Septembre 1903. — Homme, dix-neuf ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Perforation au trentième jour environ. A 4 heures du matin, douleur aiguë dans la partie inférieure de l'abdomen, plus marquée dans la fosse iliaque droite, frisson, ascension de température de 39 degrés à 40°5, du pouls de 90 à 120. Distension, rigidité, tympanisme, oblitération partielle de la matité hépatique.

*Opération* six heures après le début. Morphine et chloroforme. Un peu de liquide séreux trouble. Sur l'iléon, à 20 centimètres de la valvule, perforation. Suture. A 30 centimètres plus haut, ulcération sur le point de se perforer, suturée aussi. Durée : dix-huit minutes.

Température normale le neuvième jour. Longue et grave rechute, avec hémorragie intestinale, et myocardite sévère greffée sur une ancienne endocardite.

*Guérison.*

163. — *Elsberg* (*Ibid.*, cas 3. — Morris Manges. *Ibid.*, cas 12.)

Août 1903. — Garçon, sept ans. Fièvre typhoïde légère. Le quinzième jour, brusquement, douleur abdominale aiguë, vomissement, frissons. Avant l'opération, abdomen distendu, rigide, douloureux, tympanique ; pas de matité hépatique, température 38 degrés, pouls 120.

*Opération* environ trente heures après le début. Morphine et chloroforme. Liquide louche. Perforation à 30 centimètres du cæ-

cum. Suture. Appendicectomie. Lavage avec solution salée chaude. Durée : quatorze minutes. — Température normale trois jours après.

*Guérison.*

164. — *Elsberg* (*Ibid*, cas 4 : — Morris Manges, *ibid*, cas 13.) Septembre 1903. — Fille, neuf ans. Fièvre d'intensité moyenne avec constipation. Le vingt-septième jour, un peu de nourriture ; légère distension, vomissement. A 6 h.30 du soir, douleur en changeant de position ; vomissait déjà depuis une heure ; et symptômes de péritonite déjà présents : abdomen rigide, douloureux, tympanique (sauf matité dans la fosse iliaque droite). Température à 40 degrés à 1 heure du matin, tombée à 38°2 à 11 heures ; était de 39°2 à 6 heures du soir. Pouls à 1 heure du matin, 134 ; à 6 heures du soir, 108. Leucocytes, 10.600.

*Opération* environ cinq heures après les premiers signes. Beaucoup de liquide jaunâtre. Suture d'une perforation à 10 centimètres de la valvule, et de trois autres ulcérations suspectes dans les 30 derniers centimètres de l'iléon. Lavage avec solution salée. Durée : vingt-trois minutes.

Dix-huit heures après, état parfait. A la fin de la vingt-deuxième heure, changement brusque : distension abdominale, collapsus.

*Mort* vingt-quatre heures après l'opération.

*Autopsie.* — Il existait une nouvelle perforation entre deux des points suturés. Péritonite généralisée ; exsudats fibrineux, matières fécales. Dans les 30 derniers centimètres de l'iléon, ulcérations nombreuses et profondes.

165. — *Escher*. (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1887.) Homme, vingt ans. Péritonite localisée. Liquide purulent fécaloïde dans le péritoine. Suture. Désinfection.

*Guérison.*

166. — *Escher*. (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten, d. Med. und Chirurg*, Iena, 1903, XI, pp. 104-123.)

Garçon, treize ans et demi. Perforation dans la troisième semaine de maladie.

*Opération* quatre-vingts heures après le début. Libération d'une adhérence solide d'une anse de l'iléon au péritoine pariétal.

Grande quantité de matières fécales liquides dans l'abdomen. Essuyage. Tamponnement.

Fistule stercorale.

*Guérison.*

167. — *Escher.* (*Ibid.*)

Femme. dix-neuf ans. Perforation dans la troisième semaine.

*Opération* environ vingt-huit heures après le début. Anesthésie locale de Schleich. Sur l'anse iléale la plus basse, perforation de la grosseur d'un pois, sur une assez grande ulcération. Plusieurs autres ulcérations sur cette anse et des anses voisines.

Pour éviter d'autres perforations de l'intestin météorisé, et ne pas perdre un temps précieux à la suture de perforation, suture de l'anse intestinale à la peau. Tamponnement.

*Mort* quatre jours après.

*Autopsie.* — Fièvre typhoïde; péritonite diffuse par perforation.

168. — *Escher.* (*Ibid.*)

Octobre 1898. — Homme, dix-sept ans. Fièvre typhoïde. Trois entérorragies du quinzième au dixième jour avant la perforation. Pendant trois jours, apyrétique. La veille, fièvre, douleur dans le bas-ventre. Signes de perforation.

*Opération.* — Anesthésie locale de Schleich. Quantité abondante de liquide fécaloïde séro-fibrineux. Perforation de la grosseur d'un haricot, sur l'iléon. Perforation suturée à la paroi.

*Guérison.*

169. — *Escher.* (*Ibid.*)

Garçon, huit ans. Perforation le vingtième jour environ.

*Opération* dix heures après. Chloroforme. Péritonite purulente diffuse ; petite quantité de liquide trouble et un peu fécaloïde. Deux perforations, l'une à côté de l'autre, sur la fin de l'iléon. On extrait de cette partie de l'intestin deux ascaris et un petit morceau d'orange. Pas de lavage. Exsudat enlevé avec des compresses. Suture de la perforation aux lèvres de la peau. Tamponnement.

*Guérison.*

170. — *Félizet.* (Cl. Setbon, Thèse de Paris, juillet 1902, p. 57, cas 22.)

Novembre 1901. — Fille, neuf ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Le quatorzième jour, violentes douleurs abdominales. Vomisse-

ment bilieux ; gonflement considérable de tout l'abdomen ; douleur excessive généralisée, plus marquée dans la fosse iliaque droite ; défense musculaire très marquée ; matité dans la partie inférieure de l'abdomen ; pouls rapide, bien frappé et régulier ; température : 40 degrés. Aggravation : facies grippé, péritonéal ; douleur intolérable, météorisme plus considérable encore. Pouls 132, irrégulier, filant.

*Opération* le soir du quinzième jour. Chloroforme. Incision iliaque droite. Fausses membranes autour du cæcum. Pas de recherche de la perforation. Drainage.

*Mort* le lendemain.

*Autopsie.* — Péritonite généralisée ; pus et matières fécales dans le petit bassin ; deux perforations sur l'iléon : l'une ovalaire, de 12 millimètres de diamètre, à 6 centimètres de la valvule ; l'autre des dimensions d'une amande, à 21 centimètres ; cæcum et appendice normaux ; ganglions mésentériques volumineux.

171. — *Ferraresi.* (*Bull. de Soc. Lancisiana d. Ospidale di Roma* (1895), 1896, XV, I, 9-14. — Keen, 31. Finney, 40.)

1894. — Femme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde bénigne. Perforation le quatrième jour. Soudaine et violente douleur abdominale ; vomissement ; température 36°3 ; pouls 120, faible ; respiration 40 ; abdomen très distendu, sensibilité généralisée.

*Opération.* — Environ vingt-quatre heures après le début. Mauvais état. Chloroforme. Incision médiane. Intestins très distendus, avec exsudats fibrineux. Beaucoup de pus fécaloïde. Perforation de 1/2 centimètre de diamètre sur le bord libre de l'iléon. Résection cunéiforme de l'intestin, et suture. Lavage à l'eau bouillie. Drainage à la gaze. Durée : une heure.

*Guérison.*

172. — *Ferrier.* (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 8 février 1901, p. 112.)

Novembre 1900. — Soldat d'infanterie. Fièvre typhoïde débutant par des symptômes broncho-pulmonaires, et durant dix-sept jours. Rechute après onze jours d'apyrexie. Le troisième jour, à 3 heures du matin, brusquement, douleurs vives dans l'abdomen, qui s'atténuent. A midi, pouls petit à 120 ; respiration 25-30 ; facies grippé ; météorisme abdominal ; sensibilité diffuse ; pas de nausées ni de hoquet. Température 38°2-38°6. Deux vomissements porracés pendant la nuit.

*Opération* trente heures après le début des accidents. Incision médiane. Sérosité purulente jaune verdâtre, avec bulles. Anses rouges avec exsudats fibrineux. Perforation de la grosseur d'une lentille sur l'iléon à 1 m. 10 de la valvule. Deux rangs de points séparés à la Lembert. Lavage. Mèches de gaze. Sérum.

*Mort* cinquante heures après l'opération.

*Autopsie.* — Suture étanche ; péritonite généralisée ; nombreuses ulcérations, surtout près du cæcum.

173. — *Finney J. M. T.* (*Annals of Surgery*, 1897, p. 233. — *Johns Hopkins Hospital Reports*, 1900, VIII, p. 186, cas 41. — Keen, 68.)

1896. — Homme, quarante-sept ans. Fièvre typhoïde bénigne. Perforation dans la deuxième semaine. Douleur en coup de poignard dans le côté droit de l'abdomen, avec sensibilité marquée ; nausées et vomissements ; rigidité musculaire.

*Opération* quatorze heures après le début. Incision le long du bord du droit. Entre les anses, liquide trouble, jaunâtre, avec exsudats : pas d'odeur fécale. Appendice congestionné ; lié, enlevé ; moignon recouvert d'un manchon péritonéal. Sur le bord libre de l'iléon, à 40 centimètres de la valvule, perforation de 4 millimètres de diamètre, à bords épaissis. Bords tournés en dedans et huit sutures de Halsted de fine soie noire. Anse nettoyée avec solution salée, et gaze sèche. Abdomen essuyé à la gaze sèche. Drainage à la gaze bismuthée. Incision partiellement fermée au fil d'argent. Durée : une heure et demie.

*Guérison.*

174. — *Finney J. M. T.* (*Ibid.* — *J. H. Hosp. Rep.*, 1900, cas 42. — Keen, 67.)

1895. — Homme, vingt-six ans. Fièvre typhoïde grave. Perforation dans la deuxième semaine. Douleur aiguë à la base du pénis, non améliorée par le cathétérisme. Abdomen très tendu, quoique peu distendu : tympanisme généralisé ; douleur ; sensibilité marquée. Douleur violente dans l'abdomen. Leuc. : 16.400.

*Opération* probablement douze heures après le début. Incision médiane. Abdomen rempli de liquide séro-purulent trouble ; exsudats fibrineux sur les intestins. Perforation, de 1 centimètre de diamètre, sur l'iléon, à 16 centimètres de la valvule, sur une plaque de Peyer épaissie. Sutures de Halsted à la soie. Lavage à

l'eau chaude ; nettoyage à la gaze sèche. Drainage avez gaze iodoformée. Durée : une heure.

*Mort* vingt-six heures après l'opération.

175. — *Finney J. M. T.* (*Ibid.* — *J. H. Hosp. Rep.* — 1900, cas 43. — Keen, 66.)

1894. — Homme, cinquante-cinq ans. Fièvre typhoïde bénigne. Perforation dans la deuxième semaine. Soudaine et violente douleur abdominale : distension modérée ; peu de sensibilité. Le lendemain, douleur considérable, calmée par injection hypodermique. Vomissement.

*Opération* quatre jours après le début. Péritoine extrêmement congestionné ; intestins distendus et couverts d'exsudats. Grande quantité de liquide trouble, fécaloïde. Perforation de 1 cm. 5 de diamètre, sur l'iléon, à 15 centimètres de la valvule. Bords tournés en dedans et sutures de Halsted. Anse suturée est nettoyée et lavée au sérum. Mèches de gaze iodoformée. Durée : une heure.

*Mort* sept heures après l'opération.

176. — *Finney J. M. T.* (*Johns Hopkins Hospital Reports*, 1900, VIII, p. 187, cas 44. — Keen, 106.)

Garçon, douze ans. Fièvre typhoïde bénigne. Widal positif. Perforation dans la deuxième ou la troisième semaine. Douleur aiguë, soudaine, dans la région iliaque droite, rigidité musculaire. Abdomen distendu, tympanique, extrêmement sensible. Vomissements fréquents. Pouls très rapide et faible.

*Opération* trois jours après le début. Ether. Incision dans la région iliaque droite. Gaz, pus et matières fécales. Intestins distendus, rouge foncé, couverts d'exsudats. Lavage à la solution salée chaude. Perforation à 60 centimètres de la valvule. Suture.

Etat critique du malade. Injection intra-veineuse de plusieurs litres de sérum chaud.

*Mort.*

*Autopsie.* — Nombreuses ulcérations, plusieurs sur le point de se perforer.

177. — *Finney J. M. T.* (*Johns Hopkins Hospital Reports*, 1900, VIII, p. 188, cas 45. — Keen, 107.)

Décembre 1899. — Homme, vingt-six ans. Perforation dans la troisième semaine d'une fièvre typhoïde. A 4 heures du matin, douleur excruciante dans les testicules et le cordon, s'étendant à

la partie inférieure de l'abdomen ; quelques nausées ; léger collapsus. A 8 heures du soir, pouls 128, température 39°3 ; abdomen un peu distendu, douleur, rigidité, sensibilité plus marquée à droite. Leucocytes : 17.000.

*Opération* vingt heures après le début des symptômes. Ether. Incision latérale droite. Liquide séro-purulent, sans odeur. Intestins très congestionnés et couverts de fibrine. Perforation de 4 millimètres de diamètre, à 50 centimètres de la valvule, sur le bord libre de l'iléon, et située sur une zone indurée de 3 centimètres de diamètre. Deux rangs de sutures de Halsted. Nettoyage avec gaze. Lavage avec solution saline. Pas de drainage. Sur la paroi, points séparés de fils d'argent et suture cutanée continue. Durée : une heure.

Disparition progressive des signes abdominaux. Petit abcès dans la plaie évacué le cinquième jour. Le sixième jour, apparition d'une fistule stercorale dans l'angle inférieur de l'incision ; elle se ferme spontanément au bout de cinq à six jours. Etat excellent. Température normale le treizième jour.

Le vingt-deuxième jour, douleur intense dans la région hypogastrique gauche, s'étendant dans la partie inférieure de l'abdomen, à type paroxystique. Après lavement glycériné, selle peu abondante : pas de gaz. Nausées et vomissements. Abdomen un peu distendu, tympanique. Péristaltisme nettement visible à travers la paroi abdominale. Leucocytes : 16.500.

2e *Opération*. — Ether. Incision médiane. Une bande d'épiploon, en forme de corde, de la grosseur de l'index, s'étendait diagonalement de la moitié supérieure gauche de l'abdomen, jusqu'à la région iliaque droite, comprimant dans ce trajet trois anses intestinales ; elle est liée et enlevée. Nettoyage et lavage. Une quantité considérable de solution salée est laissée dans l'abdomen, qui est fermé sans drainage. Les bords de la première incision, qui s'était réouverte, sont avivés et suturés ; un petit drain.

A la suite, réapparition de la fistule stercorale. Après une semaine, convalescence ininterrompue ; défervescence typique de la typhoïde.

*Guérison* définitive.

178. — *Finney*. (Mc Crae et J. F. Mitchell, *American Medicine*, 6 septembre 1902, p. 372, cas 14. — *Johns Hopkins Hospital Reports*, 1902, X, p. 420, cas 14.)

Fièvre typhoïde. Perforation le treizième jour. Douleur soudaine et sévère, revenant par intervalles. Selles répétées. Tempé-

rature reste élevée. Augmentation des leucocytes : 8.000, 12.000. Abdomen souple et légèrement excavé pendant six heures ; après, légère distension. Symptômes caractéristiques apparaissent seulement à partir de ce moment, et atténués.

*Opération* huit heures après la perforation. Suture d'une perforation sur l'iléon. Drainage.

Amélioration.

*Mort* une semaine après l'opération, de toxémie due à la gravité de la fièvre typhoïde.

Pas d'autopsie.

179. — *Finney.* (Osler, *Philadelphia Medical Journal*, 19 janvier 1901, p. 116. — *Johns Hopkins Hospital Reports*, X, p. 430, cas 17. — Mc Crae et Mitchell, *loc. cit.*, cas 17.)

Fièvre typhoïde. Hémorragie intestinale. Perforation le quinzième jour. Un peu de douleur, et selle sanglante. Douleur intense paroxystique. Abdomen rétracté, avec diminution marquée de matité hépatique.

*Opération* vingt-quatre heures après le début. Suture d'une perforation sur l'iléon. Drainage.

*Mort.*

Pas d'autopsie.

180. — *Fitch.* (*Boston Medical and Surgical Journal*, 3 décembre 1904, CLI, p. 631, cas 1.)

Garçon, neuf ans. Perforation dans la deuxième semaine de la fièvre typhoïde. Légère douleur abdominale. Deux heures plus tard, abdomen rigide, non distendu ; pas de diminution de la matité hépatique. Leucocytes : 4.200. Pouls devient petit et rapide. Pas de changement de la température et de la respiration.

*Opération* quatre heures après le début de la douleur. Gaz et matières fécales. Perforation sur l'iléon, près du cæcum. Suture. Lavage. Drainage.

Convalescence ininterrompue.

*Guérison.*

181. — Pitch (*ibid.* —, cas 4).

Perforation intestinale.

*Opération.* — Suture.

*Guérison.*

182. — *Fix.* (Fix et Gaillard. *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, 1903, XLI, p. 218, cas 1.)

Août. — Soldat au 1er régiment étranger, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïde de moyenne intensité. Le dixième jour environ, quelques douleurs abdominales, vomissement de lait. Aggravation progressive des symptômes : facies grippé, douleurs continues, sensibilité exquise de l'abdomen, défense de la paroi, vomissements porracés, pouls 120, sueurs profuses, refroidissement des extrémités.

*Opération* deux jours après le début. Ether. Incision médiane. Liquide trouble abondant, avec particules solides et fausses membranes. A 30 centimètres de la valvule, perforation ronde, à bords nets, de 6 millimètres de diamètre, sur une plaque de Peyer tuméfiée. Suture en bourse à la soie et surjet à la Lembert. Lavage du pelvis au sérum chaud. Drain. Pour la paroi, deux plans à la soie, et suture de la peau au crin.

Amélioration : petits abcès sur la cicatrice, où s'éliminent des fils de soie. Les treizième et quatorzième jour, selles glaireuses mêlées de petites quantités de sang.

*Guérison.*

183. — *Fix* (*Ibid.*, cas 2).

Août. — Soldat au 1er régiment étranger, trente ans. Fièvre typhoïde. Le soir du vingt-deuxième jour, douleurs abdominales, d'abord vagues et intermittentes ; augmentant en intensité et en durée. Puis, vomissements de lait, ensuite porracés. Selles, très liquides, fréquentes. Alors, signes de péritonite, ballonnement peu marqué.

*Opération* plus de trente-six heures après le début des douleurs. Ether. Incision médiane. Grande quantité de pus séreux, verdâtre, fétide. Fausses membranes sur les anses rouges. A 35 centimètres de la valvule, perforation lenticulaire à bords taillés à pic dans une plaque amincie et non indurée. Suture en bourse et surjet d'appui. Lavage avec sérum chaud et suture de la paroi. Drainage avec mèche de gaze iodoformée.

Deux fils de soie éliminés par de petits abcès. Température normale le treizième jour.

*Guérison.*

184. — *Fix.* (*Ibid.*, cas 3.)

Août. — Soldat au 1er régiment étranger, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïde légère. Le quatorzième jour, dans la soirée, malaise assez accentué. Vers minuit, vomissements porracés, selles fréquentes,

douleurs abdominales. Développement des signes de péritonite.

*Opération* plus de douze heures après le début des accidents. Pus abondant, jaune verdâtre, fétide, visqueux. A 40 centimètres de la valvule, au centre d'une plaque épaissie et dure, escarre jaune, de 5 millimètres de diamètre, nettement arrondie, et prête à s'éliminer ; enchassée dans la paroi de l'intestin, elle obture la perforation. Suture en bourse, et surjet. Lavage au sérum. Drainage.

Dix jours après, température normale. Convalescence lente, coupée par de la furonculose, et une éruption de pemphigus pendant dix jours.

*Guérison* ,

185. — *Fix.* (*Ibid*, cas 4.)

Août. — Homme, vingt-six ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Après repas copieux, vomissements, douleurs abdominales qui deviennent continues et très violentes. Quelques coliques intermittentes depuis trois ou quatre jours avant. Puis, signes de perforation.

*Opération* plus de douze heures après la douleur. Ether. Pus fétide, verdâtre, avec matières fécales. Dépôts fibrineux. Au voisinage de la valvule, sur le bord libre de l'iléon, perforation ovalaire de 2 centimètres de diamètre, à bords irréguliers, taillés à pic. Paroi intestinale œdématiée et friable. Suture par surjet, soutenue par points isolés. Lavage. Drainage.

Deux jours après, grande amélioration. Le troisième jour, ventre devient douloureux, anxiété, refroidissement des extrémités. Température 36°5 à 37°8. Distension abdominale. Le lendemain, on fait sortir par l'incision abdominale un flot de liquide purulent et fétide.

*Mort* le cinquième jour après l'opération, dans la nuit.

*Autopsie*, — Tous les fils de la suture intestinale s'étaient éliminés.

186. — *Frank Louis.* (*Journal of the American Medical Association*, 1904, XLII, p. 878.)

Homme, trente-deux ans. Perforation dans la troisième semaine de la fièvre typhoïde. Douleur brusque, aiguë, dans la fosse iliaque droite, disparaît après quelques selles copieuses ; deux heures après, chute légère de température. Pas de vomissements. Tympanisme, rigidité, absence de matité hépatique.

*Opération* plus de soixante heures après le début des accidents.

Pus abondant et matières fécales. Suture difficile de la perforation. Lavage. Cinq drains.

*Mort* le deuxième jour.

187. — *Fulton W.-S.* (*American Medicine*, 1904, I, p. 699.)

Janvier 1904. — Garçon, quatorze ans. Etait malade depuis huit jours avec constipation, quand, à 4 h. 30 du matin, il fut pris d'une douleur aiguë, surtout du côté droit ; légère rigidité abdominale, pouls 90, température normale. Pas de selle depuis deux jours. Un lavement donne une selle. Après sédation, douleur reprend, rigidité « en bois », pouls 100, température, 37°5.

*Opération* au moins douze heures après le début. Chloroforme. Incision oblique à droite. Liquide muco-purulent avec matières fécales. Pas d'adhérences. Sur l'iléon, à 5 centimètres du cæcum, perforation ovalaire de plus de 25 millimètres sur 18 millimètres en dimensions, et couverte d'exsudat. Lavage avec solution salée ; la cavité abdominale est laissée remplie de solution. Suture de la perforation impossible. Avec du catgut chromé, on fait un anus artificiel. Incision abdominale fermée au-dessus et au-dessous ; à ses deux extrémités, une mèche de gaze, allant, en haut le long du côlon transverse, en bas dans le pelvis. Un petit drain vers la perforation.

Pansement à la gaze fut changé toutes les trois heures. Fistule et plaie étaient fermées à la fin de la troisième semaine. La température après l'opération fut celle d'une fièvre typhoïde moyenne.

Sorti *guéri* sept semaines après l'opération.

188. — *Garrow.* (Colin K. Russel, *Boston Medical and Surgical Journal*, 1901, cas 5. — *Ibid.*, *Montréal Medical Journal*, août 1903 XXXII, p. 584, cas 7.)

Janvier 1901. — Garçon, sept ans. Perforation le dizième jour de maladie. Douleur croissante en intensité dans le quadrant inférieur droit : un vomissement alimentaire ; leucocytes : 28.000. Pas de rigidité ni de distension ; pas d'oblitération de la matité hépatique ; légère sensibilité diffuse : pas de changement du pouls et de la température.

*Opération* environ dix heures après le début. Péritonite généralisée modérée. Perforation à 4 centimètres de la valvule, près du bord mésentérique de l'iléon. Suture.

Leucocytes diminuent : deux jours après l'opération : 19.000 ; deux semaines après, 9.000.

*Guérison.*

189. — *Gerster* (Berg, *New-York Medical Record*. 23 mars 1901, p. 443.)

Femme. — Fièvre typhoïde plutôt grave. Dans la deuxième semaine, symptômes de perforation.

*Opération.* — Ulcérations menaçantes sur l'appendice. Appendicectomie.

*Guérison.*

190. — *Gerster* (Morris Manges, *Journal of the American medical Association*, 1905, XLV, p. 1019, cas 18.)

Décembre 1903. — Homme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde grave, avec constipation, et quelques douleurs abdominales. Le trente-cinquième jour, à 4 h. 30 du matin, tandis qu'il était sur le bassin, brusquement, douleur abdominale aiguë. Une heure après, pouls 100, légère rigidité de la partie inférieure du droit à droite, un peu de sensibilité à ce niveau. Puis, tympanisme généralisé, tympanisme au niveau du foie. Pas de vomissements, de frissons, de collapsus.

*Opération* six heures après la douleur. Liquide libre ; pas de gaz, ni de matières fécales. Petite perforation sur l'iléon, à 25 centimètres du cæcum, surmontée d'une tache nécrotique. Suture à la Lembert. Durée : quarante-cinq minutes.

Le lendemain, ni nausées, ni vomissements ; mais légère douleur abdominale. Distension légère et sensibilité à l'épigastre : diminution de la matité hépatique ; hoquet : un vomissement et une selle.

*Mort* trente-sept heures après l'opération.

*Autopsie.* — Suture intacte ; une deuxième perforation au-dessus de la première, et qui avait été protégée par des adhérences épiploïques ; pas de péritonite.

191. — *Gesselevitch et Dombrowski K. P. L.* (*Laitop. Russk. Chir.* 1897, II, p. 407. — Keen, 69. Finney, 46.)

1895. — Homme, trente-six ans. Fièvre typhoïde bénigne. Perforation dans la troisième semaine. Douleur abdominale sévère ; distension, grande sensibilité diffuse, pouls 120, température 39 degrés.

*Opération* douze heures après le début. Mauvais état. Chloroforme et cocaïne. Incision médiane. Deux larges perforations à bords déchiquetés : l'une ronde de 2 centimètres de diamètre, l'autre, allongée, plus petite. Résection de 22 centimètres d'intestin. Suture. Tampons de gaze iodoformée. Incision partiellement fermée.

*Mort* deux heures après l'opération.

*Autopsie.* — Plus d'un demi-litre de liquide purulent fétide dans l'abdomen ; nombreuses ulcérations typhiques sur la moitié inférieure de l'iléon ; les perforations étaient à 37 centimètres du cæcum.

192. — *Gesselewitch et Kadjanoc A. A.* (*Ibid.* — Keen, 71. Finney, 49.)

Homme, dix-neuf ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation dans la quatrième semaine. Douleur dans la région iliaque droite. Pouls 120 et faible ; météorisme marqué et sensibilité de l'abdomen. Mauvaise apparence générale.

*Opération* cinq jours après le début. Cocaïne et chloroforme. Quantité modérée de liquide trouble, un peu fétide. Péritoine très injecté ; intestins rouges et distendus. Liquide surtout dans la région iléo-cæcale, où les intestins étaient adhérents les uns aux autres, au péritoine pariétal et à l'épiploon. Cavité, avec liquide trouble, tapissée d'une membrane. Dans l'incision, tampons iodoformés. Cavité abdominale tout entière tamponnée avec de la gaze. Quelques points sur l'incision.

*Mort* trois jours après l'opération.

*Autopsie.* — Péritoine tapissé par membrane fibrino-hémorragique assez épaisse ; adhérences ; pas de liquide ; gros intestin très distendu. Sur l'iléon, nombreux ulcères typhiques ; l'un d'eux, à 60 centimètres du cæcum, présente une perforation ; deux autres, l'un près du premier, l'autre à 13 centimètres du cæcum.

193. — *Gesselewitch et Wanach R. C.* (*Ibid.* — Keen, 70. Finney, 50.)

Homme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation dans la deuxième semaine. Violent frisson ; vomissement ; yeux enfoncés ; pouls 120 ; abdomen non distendu, mais extrêmement sensible.

*Opération* dix-sept heures après. Cocaïne locale et éther. Incision médiane de l'ombilic au cartilage ansiforme et, ensuite, incision

transverse à travers le muscle droit. Sur l'iléon, perforation du diamètre d'une tête d'épingle. Quelques autres ulcérations. Ganglions mésentériques augmentés de volume. Résection de 30 centimètres d'intestin à partir de 4 cm. 5 du cæcum. Suture continue. Cavité péritonéale tamponnée.

Développement d'une pneumonie droite.

*Mort* six jours après l'opération.

*Autopsie*. — Péritoine pelvien injecté ; adhérences entre les anses intestinales ; dans les lobes inférieurs des poumons, surtout à gauche, quelques zones catarrhales récentes.

194. — *Gesselewitch et Wanach R. C.* (*Ibid.* — Keen, 72. Finney, 48.)

1896. — Homme, vingt-sept ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation dans la troisième semaine. Douleur sévère dans la partie intérieure de l'abdomen. Nausées. Température 37°1 le matin, 39°5 le soir.

*Opération* vingt-quatre heures après le début. Bon état. Incision médiane. Intestins très injectés et en partie couverts d'exsudats fibrineux. Perforation de la grosseur d'une tête d'épingle. Autres ulcérations, allant jusqu'à la séreuse. Résection de 30 centimètres d'intestin. Deux rangs de suture ininterrompue selon la méthode de Koche. Incision laissée ouverte.

*Mort* huit jours après l'opération.

*Autopsie*. — Abdomen très distendu ; une anse très distendue, avec péritoine de couleur gris brun, et couverte d'une membrane purulente épaisse. Cicatrice circulaire à 9 centimètres de la valvule. Au-dessus et au-dessous, petites ulcérations de teinte ardoisée.

195. — *Gesselewitch et Wanach R. C.* (*Ibid.* — Keen, 73. Finney, 47.)

1896. — Homme, vingt-huit ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation dans la deuxième semaine. Douleur sévère dans l'abdomen. Sensibilité marquée. Matité hépatique normale, température 38°2.

*Opération* treize heures après le début. Bon état. Cocaïne et chloroforme. Incision médiane. Liquide légèrement trouble. Intestins non distendus, un peu injectés. Sur le bord libre de l'iléon, perforation de la grosseur d'une tête d'épingle ; parois intestinales environnantes infiltrées. Deux rangs de sutures.

*Mort* trois jours après l'opération.

*Autopsie.* — Diagnostic de typhoïde confirmé ; pneumonie catarrhale aiguë des deux lobes pulmonaires inférieurs.

196. — *Gibbon.* (J. Alison Scott, *University of Pennsylvania Medical Bulletin*, 1905-1906, XVIII, pp. 111-127, cas 12. — *Pennsylvania Hospital Records.*)

Octobre 1902. — Homme, trente-cinq ans. Fièvre typhoïde. Le seizième jour, à 3 heures du matin, douleur soudaine dans les deux testicules et l'abdomen. Douleur croissante et généralisée. Légère distension et sensibilité abdominale. Rigidité à droite ; matité dans les flancs.

*Opération* huit heures et demie après la douleur. Liquide trouble et noirâtre dans le ventre. Péritonite. Perforation sur l'iléon.

*Mort* sept heures après.

*Autopsie* partielle.

197-200. — *Gibbon* (*Pennsylvania Hospital Records*, Philadelphia. — Harte et Ashhurst, cas 118, 119, 122, 123).

Quatre opérations pour perforations intestinales typhiques.

Une *guérison* et *trois* morts.

201. — *Gibbon.* (*Saint-Joseph's Hospital Records*, Philadelphia. — Harte et Ashhurst, cas 120.)

Opération pour perforation typhique.

*Mort.*

202. — *Gibbon.* (Polyclinic Hospital Records, Philadelphia. Harte et Ashhurst, cas 121.)

Opération pour perforation typhique.

*Mort.*

203. — *Gibbon J. H.* (*Annals of Surgery*, février 1905, XLI, p. 290.)

Homme.

*Opération.* — Perforation extraordinairement large. Suture impossible. Résection et anastomose bout à bout.

*Mort* environ trente-six heures après l'opération.

204. — *Gibbon.* (J. Alison Scott. *University of Pennsylvania Medical Bulletin*, 1905-1906, XVIII, pp. 111-127, cas 25.)

Mai 1903. — Homme, quarante-neuf ans. Fièvre typhoïde. Rechute. Hémorragie intestinale assez abondante, cinq à six semaines après le début de la maladie. Le lendemain, douleur abdominale à début lent, mais progressivement croissante en intensité. Avant l'opération (deux jours après) : rigidité musculaire; sensibilité à maximum juste à gauche de l'ombilic ; pouls 112 ; respiration superficielle ; respiration abdominale diminuée ; disparition de la matité hépatique sur la ligne mamelonnaire. Pas de vomissements ni de frissons. Leucocytes : 22.000.

*Opération.* — Liquide dans l'abdomen. Péritonite généralisée. Perforation de la grosseur d'une tête d'épingle noire, sur l'iléon. Durée : trente minutes.

*Mort* soixante heures après, de péritonite généralisée.

205. — *Gibbon.* (*Ibid.*, cas 37.)

Août 1903. — Homme, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïde, avec frisson quotidien, constipation, un peu de douleur abdominale. Le trentième jour, à 7 h. 30 du matin, douleur abdominale diffuse ; rigidité des droits ; pouls 120 ; chute de température de 39°1 à 37°2 ; leucocytes : 11.500.

*Opération* quatre heures et demie après. Petite quantité de liquide louche, et un ou deux caillots de lait, dans l'abdomen. Perforation de la grosseur d'un crayon d'ardoise, à 5 centimètres du cœcum, sur l'iléon. Suture. A la jonction iléo-cœcale, large zone ulcérée, qui en un point est près de se perforer.

*Mort* de péritonite, cinquante-deux heures après.

*Autopsie partielle* ; suture intacte ; une seconde perforation au niveau de l'ulcération trouvée à l'opération.

206. — *Gibbon.* (*Ibid.*, cas 39).

Septembre 1903. — Fille, onze ans. Fièvre typhoïde, et probablement rechute ; frissons répétés, sueurs, constipation, vomissements fréquents, un peu de douleur abdominale. Le quarante-quatrième jour, hémorragie intestinale légère, et un peu de douleur abdominale sans distension. Le lendemain, entre 10 et 11 heures du matin, douleur violente dans l'abdomen ; sensibilité considérable ; légère rigidité ; pas de changement dans le pouls, la température et la respiration. Leucocytes : 6.700.

*Opération.* — Six heures après le début. Perforation de la grosseur d'un crayon d'ardoise, à 1 m. 15 du cœcum. Grand nombre d'ulcérations sur l'intestin. Ganglions mésentériques énormes.

Le deuxième et le cinquième jour après l'opération, hémorragies intestinales très abondantes. L'écoulement par la plaie est trouble et sent mauvais. Douleur abdominale considérable. Pouls faiblit.

***Mort* huit jours après l'opération.**

*Autopsie.* — Suture intacte. Seconde perforation, de 4 à 5 millimètres de diamètre, sur l'iléon.

207. — *Gibbon.* (*Ibid.*, cas 46.)

Mars 1904. — Femme, quarante-neuf ans. Fièvre typhoïde légère. Le 18 juin, douleur intermittente, dans la région iliaque droite. Le lendemain, douleur plus intense ; sensibilité à la palpation : rigidité des droits : pas de matité dans les flancs. Ventre tympanique. Le vingtième jour, sensibilité plus marquée à droite : pas de frissons, de sueurs ni d'hémorragies. Matité hépatique disparue sur la ligne mamelonnaire.

*Opération.* — Au moins vingt-quatre heures après la perforation. Péritonite généralisée. Cinq petites perforations sur les quarante-cinq derniers centimètres de l'iléon. Une perforation sur le cæcum.

*Mort* neuf jours après l'opération, d'asthénie cardiaque.

208. — *Godwin.* (Thornton et Godwin. *Lancet*, 17 août 1901.)

Juin 1901. — Homme, vingt-sept ans. Fièvre typhoïde normale pendant vingt-six jours. Apyrexie pendant quinze jours. Rechute bien caractérisée. Dans la troisième semaine de celle-ci, douleurs colicatives dans l'hypocondre droit, aggravées par la toux : élévation thermique. Pouls, de 100, s'élève à 130 ; respiration thoracique : disparition de la matité hépatique même sur la ligne axillaire postérieure.

*Opération.* — Deux heures après le début. Cocaïne locale. Pas de signes de péritonite générale ou locale ; pas de gaz libres. Perforation grosse comme un pois : à quelques centimètres au-dessous, une ulcération sur le point de s'ouvrir. Suture. Aucun nettoyage du péritoine.

Disparition des signes abdominaux, météorisme disparaît ; selle normale le troisième jour. Mais le malade tousse.

***Mort*. — Huit jours après l'opération.**

*Autopsie.* — Pas d'exsudat, ni de péritonite : adhérences de l'épiploon à la suture abdominale. La perforation suturée est à 90 centimètres de la valvule. Nombreuses ulcérations cicatrisées

ou non. Pneumonie hypostatique très étendue. Myocarde dégénéré.

209. — *Goodall et Richards.* (*Medical Supplement to Report of Statistical Committee, Metropolitan Asylum Board*, London, 1898. — *Clinical Society of London*, 13 mai 1898. —*British Medical Journal*, 1898, I, p. 1329. — Keen, 136. Finney, 90.)

Fillette, huit ans. Fièvre typhoïde grave ; température, pouls et respiration élevés. A la fin de la quatrième semaine, douleur dans l'abdomen et sensibilité ; pas de vomissement. Début lent et graduel. Quelques heures après, distension et nausées.

*Opération* douze heures après le début. A ce moment : pouls 160 ; température 38°3 ; douleur moindre ; abdomen distendu et rigide. Chloroforme. Incision médiane. Sérum trouble et flocons de lymphe. Intestins modérément distendus, très congestionnés, avec, çà et là, plaques de lymphe. A 75 centimètres de la valvule, perforation de 6 millimètres de diamètre. Bords inversés et deux rangs de sutures, interrompue et continue, diminuant considérablement le calibre de l'intestin. Lavage à l'eau chaude. Drainage. Incision fermée. Durée : Une heure.

*Mort.* — Quatre jours après.

*Autopsie.* — Péritonite généralisée. Nouvelle perforation sur une autre ulcération, le long d'un point de suture qui traversait cette ulcération. Nombreux ulcères sur l'iléon et le côlon ; ganglions mésentériques augmentés de volume.

210. — *Goodall E. W.* (*The Lancet*, 2 juillet 1904, II, p. 9, cas 4.)

Homme, dix-sept ans. Fièvre typhoïde grave. Le vingt-cinquième jour, à 10 h. 45 du matin, douleur abdominale, puis frisson. Ascension du pouls de 98 à 118. Plusieurs selles. Un peu de rigidité abdominale. Puis sédation. Deux crises de douleur à 4 et 6 heures. A 8 heures, nausées, pouls petit ; un peu de distension, pas de rigidité abdominale. Matité hépatique disparue.

*Opération* douze heures un quart après la première douleur. Gaz et liquide dans le ventre. Péritonite intense. A 5 centimètres au-dessus de la valvule, perforation. Suture.

*Mort* quarante et une heures après l'opération.

*Autopsie.* — Nombreuses ulcérations sur les 30 derniers centimètres de l'iléon.

211. — *Goodall E. W.* (— *ibid* —, cas 13.)

Femme, trente-cinq ans. Au cinquième jour d'une rechute de fièvre typhoïde, dans la nuit, douleur soudaine, aiguë, dans l'abdomen. Le lendemain après midi, distension abdominale, vomissements, pouls 133.

*Opération* vingt heures après la première douleur. Péritonite septique. Perforation. Suture.

*Mort* vingt-sept heures après.

212. — *Gosset A.* (Souques. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hopitaux*, 8 février 1901, p. 119.)

1900. — Homme. Fièvre typhoïde. Au troisième septénaire, vomissements porracés et douleur abdominale.

*Opération* douze heures au moins après le début des accidents. Résection de 10 à 12 centimètres d'intestin grêle.

*Mort* deux jours après.

213. — *Gosset A.* (Observation due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gosset, chirurgien des hôpitaux.)

Mars 1904. — Jeune fille, seize ans. Fièvre typhoïde. Perforation dans la sixième semaine (?), à 1 h. 30 après midi, à la suite d'un bain. Une heure après, facies grippé, malade hébétée, température qui monte de quart d'heure en quart d'heure (39, 39°6, 40) ; contracture de la paroi, sonorité préhépatique, deux vomissements.

*Opération* deux heures après le début. Chloroforme. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Perforation en tête d'épingle à 4 centimètres de la valvule. Fermeture par un surjet en bourse, avec deuxième surjet d'enfouissement. Deux drains dans le Douglas. Durée : vingt-cinq minutes.

*Mort* en quarante-huit heures.

214. — *Gosset A.* (observation due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gosset, chirurgien des Hôpitaux. Broudic, Thèse de Paris, juin 1904, p. 86, cas 14.)

Mai 1904. — Homme, vingt ans. Fièvre typhoïde. Le dix-septième jour, petite hémorragie intestinale. Le trente-quatrième jour, rechute. Le huitième jour de celle-ci, diarrhée assez abondante ; à 10 heures du soir, violentes douleurs abdominales, prédominant dans la fosse iliaque gauche ; sensibilité et défense musculaire à ce niveau. Le lendemain, douleur sourde, continue, généralisée, avec exacerbations paroxystiques ; ventre ballonné ;

palpation douloureuse ; tympanisme ; température entre 38°2 et 38°6, pouls 120, bien frappé. Vomissement. Sonorité préhépatique. Le lendemain (quarante-quatrième jour), pas de selles, ni de gaz depuis la veille ; météorisme abdominal ; température 38°4, pouls 108.

*Opération* trente-sept heures et demie après le début des accidents. Chloroforme. Incision médiane. Ecoulement abondant de liquide purulent ; pas de gaz. Fausses membranes friables sur la terminaison de l'iléon. Perforation à l'emporte-pièce de la grosseur d'une petite lentille, à 40 ou 50 centimètres de la valvule. A côté, une autre petite perforation grosse comme une tête d'épingle. Elles sont comprises dans un surjet en bourse séro-séreux. Asséchement de la cavité péritonéale. Deux drains dans le Douglas. Durée : trente minutes.

Amélioration. Pas de vomissements. Selles diarrhéiques. Aspiration deux fois par jour, par les drains, du liquide qui se collecte dans le petit bassin. Liquide d'abord sérosanguinolent, puis, rapidement, franchement purulent. On enlève le drain le plus court, qui ne donne presque rien.

*Mort* dix jours après l'opération.

*Autopsie.* — Dans la moitié gauche du petit bassin, grosse poche complètement fermée par des adhérences et remplie de pus épais et d'odeur putride. Le drain qui reste conduit dans la partie droite du pelvis, parfaitement drainée, et ne contenant pas de pus.

215. — *A Gosset.* (Observation due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gosset, chirurgien des Hôpitaux.)

Mai 1904. — Femme, trente-quatre ans. Fièvre typhoïde régulière, sans hémorragie intestinale, avec otite moyenne suppurée, perforation spontanée de la membrane du tympan au vingt et unième jour, et poussée de mastite non suppurée. Le vingt-troisième jour, à 1 h. 30 après midi, douleurs diffuses dans l'abdomen, surtout périombilicales ; contracture. Ascension graduelle de la température, de demi-heure en demi-heure : 37°4 le matin ; à 2 heures, 37°6 ; puis 38°3, 39°5, 39°6, 39°9, 40°1 à 4 h. 1/2. Augmentation du pouls de 108 à 120. Facies grippé ; dyspnée avec immobilisation de la partie inférieure du thorax ; sonorité préhépatique ; matité dans l'hypogastre et les flancs ; défense musculaire ; maximum de douleur dans la fosse iliaque droite.

*Opération* quatre heures après le début. Chloroforme. Incision médiane sous-ombilicale. Liquide abondant dans le petit bassin, sérosité très peu louche. Sur l'iléon, plusieurs perforations : une

large, de 1 centimètre de diamètre, à 10 centimètres de la valvule ; une autre, plus petite, à 4 centimètres plus haut ; très près de celle-ci, un peu au dessous d'elle, une troisième perforation en tête d'épingle ; 5 centimètres plus haut, un bouchon épiploïque, très adhérent à l'intestin grêle, paraissait fermer une perforation plus ancienne. Suture des deux grandes perforations et de la petite avec un surjet total, enfoui ensuite par des points séro-séreux : suture faite perpendiculairement au grand axe de l'intestin. Nettoyage soigné du Douglas avec des mèches de gaze aseptique. Trois gros drains, un dans le Douglas, un dans chaque fosse iliaque. Aspiration immédiate par les drains ; on retire un quart de litre environ de liquide. Fermeture de la paroi en surjet au catgut n° 2. Durée : quarante-cinq minutes.

*Mort* en trente-six heures.

216. — *Gosset A.* (*Ibid.*)

1906. — Femme. Perforation à la troisième semaine.

*Laparotomie* une heure après. Perforation en tête d'épingle à 20 centimètres du cæcum. Fermeture par un surjet en bourse.

*Guérison.*

217. — *Gray F. D.* (*New-York Medical Record*, 22 avril 1899, p. 567, cas 9. — Keen, 108.)

Octobre 1898. — Homme, quarante-quatre ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Perforation dans la sixième à la huitième semaine. Douleur intense dans la région iliaque droite. Sensibilité au point de Mac-Burney, rigidité musculaire.

*Opération* deux jours après le début. Incision habituelle de l'appendicite. Appendice normal. Péritonite généralisée intense. Perforation sur la partie inférieure de l'iléon, à travers laquelle s'écoulent des matières fécales. Deux rangs de suture de Lembert, à la soie fine. Lavage à la solution saline et à l'eau oxygénée. Trois drains de gaze.

*Mort* trois jours après.

*Autopsie.* — Suture parfaite ; nombreux ulcères typhiques cicatrisés.

218. — *Greaves Fr. L. A.* (*The British Medical Journal*, 1906, I, p. 373, cas 1.)

Fillette, cinq ans. Perforation le quinzième jour d'une fièvre typhoïde : soudaine attaque de vomissement, de collapsus, hypothermie.

*Opération* huit heures après. Liquide clair abondant, avec flo-

cons d'exsudat. Une très petite perforation à l'extrémité inférieure de l'iléon au milieu d'une plaque de Peyer extrêmement enflammée. Suture par quatre ou cinq points à la Lembert ; enfouissement sous un deuxième rang de huit à neuf sutures fines à la Lembert. Pas de lavage. Cavité épongée avec des compresses stérilisées. Pas de drainage. Suture de la paroi en un plan, avec des crins.

Trois jours après, suppuration de la plaie, qui fut ouverte. Le dixième jour, hémorragie intestinale, et, le lendemain, un caillot de sang. Le quinzième jour, apparition de broncho-pneumonie double.

*Mort* vingt-trois jours après l'opération.

219. — *Greaves Fr. L. A.* (*Ibid.*, cas 2.)

Fillette, cinq ans et demi. Fièvre typhoïde pendant quatre semaines, avec constipation marquée et beaucoup de coliques. Température normale pendant six jours; puis rechute, avec constipation extrême. Le douzième jour au soir, la température, en décroissance depuis quelques jours, était de 38°2. Le lendemain matin, à 10 heures, douleur dans le côté gauche de l'abdomen, température : 36°7. Après un lavement, douleur brusque, aiguë ; nausées, collapsus, température 36°1, pouls 180 ; absence de matité hépatique ; shock très marqué.

*Opération* environ six heures après la première apparition de la douleur. Chloroforme. Gaz libres, et un peu de liquide clair. Petite perforation sur une anse d'intestin grêle située dans la fosse iliaque gauche. Enfouissement et suture par huit à dix points interrompus à la Lembert. Nettoyage des anses sorties avec eau stérilisée. Pas de lavage, pas de drainage. Suture de la paroi en un plan. Durée : vingt-cinq minutes.

*Guérison.*

220. — *Guilbaud.* (Mahot et Guilbaud, *Gazette Médicale de Nantes*, 1904, 2. s. XXII, p. 635.)

Février 1904. — Garçon, quatorze ans. Fièvre typhoïde moyenne. Au début de la troisième semaine, dans la matinée, violent frisson, douleur vive dans le côté droit de l'abdomen, vomissement, selle involontaire, température 39°4, pouls 128.

*Opération* le soir. Cavité remplie de liquide séro-purulent. Petite perforation à la partie terminale de l'iléon. Suture facile. Autour de ce point, plusieurs plaques très malades. Lavage. Drain dans le petit bassin. Sérum, caféine.

Le lendemain, hypothermie, pouls 96 à 106. Le deuxième jour, température 37°8, pouls 120 ; trois hémorragies intestinales assez abondantes. Le cinquième jour, ventre ballonné de plus en plus, selles liquides très abondantes, hoquet, respiration haletante, vomissements fécaloïdes, pouls petit et très rapide (probablement nouvelle perforation).

*Mort* le septième jour après l'opération.

221. — *Guinard.* (Faisans et Flandin, *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 24 décembre 1908, p. 904, cas 2.)

Novembre 1908. — Homme, vingt-trois ans. Fièvre typhoïde modérée avec constipation. Le vingt-deuxième jour, à 1 heure du matin, vive douleur à l'ombilic, d'abord sourde, puis devenant très violente. Contracture abdominale très intense ; douleur à la palpation plus marquée dans la fosse iliaque droite ; température a monté de 38°7 à 40°9 ; pouls 110, bien frappé. Pas de disparition de la matité hépatique ; pas de matité dans les flancs.

*Opération* dix heures et demie après le début. Ecoulement de liquide brun verdâtre, avec quelques matières grumeleuses. Sur l'iléon, à 20 centimètres de la valvule, deux petites perforations de la grosseur d'un grain de blé. Enfouissement. Deux gros drains. Durée : dix minutes. Injection de nucléinate de soude, avec légère réaction thermique.

*Guérison.* — Evolution ultérieure normale de la typhoïde.

222. — *Guinon* (rapporteur). (*Revue mensuelle des Maladies de l'Enfance*, juillet 1899, p. 290.)

Garçon, dix ans. Perforation dans la troisième semaine de la fièvre typhoïde.

*Opération.* — 900 grammes de liquide purulent dans le péritoine. Appendice sain. Perforation à 20 centimètres du cæcum, sur l'iléon.

*Mort* quelques heures après l'opération.

223. — *Haggard W.* (*New-York, Medical Record*, 1904, LXVI, p. 89, cas 1. — *Annals of Southern Surgical and Gyneecological Association* 1899.)

1898. — Femme, dix-neuf ans. Fièvre typhoïde grave avec délire. Dans la troisième semaine, apparition d'une tuméfaction de la région iliaque droite, nettement proéminente.

*Opération.* — A l'incision, gaz et pus projetés avec force par suite de la tension dans la cavité. Celle-ci était un peu plus grande qu'une noix de coco, et bien limitée. Elle guérit, se refermant

après trois semaines. — Mais continuation de la fièvre avec gravité croissante.

*Mort* par toxémie, trois semaines et demi après l'opération, et sept semaines après le début de la maladie. Pas d'autopsie.

224. — *Haggard W.* (*ibid.* —, cas 2.)

Juillet 1901. — Garçon, neuf ans. Fièvre typhoïde banale. Vers le dix-neuvième jour, symptômes de péritonite localisée dans la région iliaque droite.

Une *incision* sur la légère convexité de la tumeur révéla une cavité bien limitée, dont les parois étaient presque en contact et dont les côtés et le fond présentaient trois perforations. Deux apparaissaient sur la paroi interne formée d'intestin grêle, et la troisième sur la paroi externe formée par le côlon. Pas de pus, mais une petite quantité de liquide fécaloïde. Suture des perforations et drainage.

Une fistule stercorale apparut le troisième jour et persista. Enfant alité avec des symptômes typhiques et de la fièvre pendant dix semaines; il se développa une suppuration de la parotide gauche. Fermeture de la fistule, avec succès, dix-huit mois après.

225. — *Haggard W.* (*ibid.* —, cas 3.)

Homme, trente-quatre ans. Perforation intestinale le douzième jour de la fièvre typhoïde.

*Opération* onze heures après le début. Grosse perforation sur l'iléon. Deux plans de suture à la Lembert. Liquide puriforme dans l'abdomen. Lavage à l'eau salée. Perforation maintenue au niveau de la plaie par des mèches de gaze passant au-dessous de l'anse. Drainage du pelvis à la gaze.

Rechute de typhoïde. Albuminurie abondante.

*Guérison* définitive en huit semaines.

226. — *Hagopoff.* (Ricard, *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 18 juin 1902, p. 680.)

Homme, quarante-trois ans. Fièvre typhoïde. Le vingtième jour (début de convalescence), vers quatre heures du matin, douleur dans le flanc droit, pouls fréquent et rapide, météorisme abdominal, contracture musculaire au niveau de la fosse iliaque droite, facies grippé, nausées, pas de vomissements.

*Opération* treize heures après le début. Chloroforme. Incision médiane. Perforation de la grandeur d'une lentille à 20 centimètres de la valvule. Essuyage des intestins couverts de fausses membranes, avec compresses stérilisées chaudes. Deux plans de sutures de Lembert à la soie fine. Deux drains : mèches de gaze stérilisée. Fermeture incomplète de la paroi.

*Guérison.*

227. — *Hahn.* (Frank. *Beilage zum Centralblatt für Chirurgie*, 1888, XXIV, p. 51. — Keen, 9. Finney, 51.)

Ulcération typhique perforée.

*Operation.*

*Mort.*

228. — *Hahn.* (*Ibid.* — Keen. 10. Finney, 52.)

Ulcération typhique perforée.

*Opération.*

*Mort.*

229. — *Hare* (Brisbane). (*Intercolonial Quarterly Journal*, février 1895. — Keen, 29. Finney, 54.)

Perforations à 15 et 20 centimètres de la valvule. Abcès entre les anses intestinales et le pelvis. Ponction sur l'iléon pour donner issue aux gaz. Péritonite généralisée. Sutures à la Lembert. Lavage. Drain de verre.

*Mort* dix-huit heures après l'opération.

*Autopsie.* — Sutures étanches.

230. — *Harrison V. H.* (*North Carolina Medical Journal*, 5 décembre 1897, p. 368. — Keen, 82. Finney, 56.)

Homme, dix-huit ans. Perforation au début de la deuxième semaine.

*Opération.* — Deux heures après le début des symptômes. Perforation de la grosseur d'une plume d'oie, à 20 centimètres de la valvule. Trois rangs de sutures. Irrigation saline et injection intra-veineuse de sérum. Drain de gaze.

*Mort* une demi-heure après, de péritonite généralisée.

231. — *Harrison Damar.* (*British Medical Journal*, 20 octobre 1894. — Keen, 34. Finney, 55).

Perforation dans la troisième semaine de la fièvre typhoïde.

*Opération.* — Trente-six heures après. Suture de deux perforations. Lavage avec solution boriquée.

*Mort* dix-sept heures après.

232. — *Harte R.* (*Annals of Surgery*, juillet 1903, p. 63, cas 1. — *Episcopal Hospital Records*, Philadelphia.)

Décembre 1900. — Homme, vingt-neuf ans. Fièvre typhoïde, avec, depuis le début, quelques douleurs assez aiguës dans la partie inférieure de l'abdomen. Perforation dans la troisième semaine. A 4 heures du matin, douleur violente dans l'hypogastre, après avoir été à la selle. Deux heures après, grand frisson ; pouls rapide et faible. Abdomen rigide et douloureux.

*Opération* cinq heures et demie après la douleur. Ether. Incision le long du bord du droit. Beaucoup de liquide trouble. Intestins et épiploon rouges et congestionnés. Appendice adhérent, mais non perforé. Appendicectomie. Petite perforation sur l'iléon à 25 centimètres du cæcum, au centre d'une plaque ulcérée. Suture à la soie. Lavage avec solution salée chaude. Tube de drainage en verre dans le pelvis. Incision partiellement fermée.

Guérison de la plaie en trois semaines. Une semaine après, pleurésie purulente : drainage large.

Sort complètement *guéri* quatre-vingt-trois jours après l'opération.

233. — *Harte R.* (*Annals of Surgery*, juillet 1903, p. 63, cas 2. — J. Alison Scott, *University of Pennsylvania Medical Bulletin*, 1905-06, XVIII, p. 111-127, cas 9.)

Mai 1902. — Homme, trente-neuf ans. Perforation le dixième jour de la fièvre typhoïde. Admis à l'hôpital avec des signes de péritonite.

*Opération.* — Ether. Incision latérale. Liquide citrin. Matières fécales abondantes. L'appendice, congestionné, est enlevé. Perforation sur l'iléon à quelque distance du cæcum. Deux rangs de suture de Lembert à la soie. Lavage avec parties égales de solution salée et d'eau oxygénée, puis avec solution salée. Cinq larges mèches de gaze. Plaie laissée ouverte.

Rechute typique de typhoïde du vingtième au quarante-septième jour après l'opération ; nouvelle rechute, légère (température 37°8 à 38°3), du cinquante-cinquième au soixante-quatorzième jour.

Sort *guéri* trois mois après l'opération, avec légère éventration.

234. — *Harte R.* (*Annals of Surgery*, juillet 1903, p. 63, cas 3. — *Pennsylvania Hospital Records*, Philadelphia.)

Mai 1902. — Homme, trente ans. Fièvre typhoïde grave. Le quarante-sixième jour de maladie, l'abdomen devient distendu, sensible, avec rigidité musculaire marquée. Etat général très mauvais.

*Opération.* — Ether. Incision latérale. Liquide brunâtre, et flocons de fibrine Ablation de l'appendice trouvé au milieu d'une once de pus, gangréneux et perforé. Sur l'iléon, deux perforations. Suture à la soie. Lavage avec solution salée chaude, puis parties égales de solution salée et eau oxygénée, enfin solution salée. Abdomen bourré de gaze. Plaie laissée ouverte.

Convalescence interrompue par deux rechutes distinctes.

*Guérison* définitive trois mois après l'opération.

235. — *Harte R.* (J. Alis. Scott, *University of Pennsylvania Medical Bulletin*, 1905-1906, XVIII, pp. 111-127, cas 1. — *Pennsylvania Hospital Records.*)

Juin 1901. — Homme, vingt-quatre ans Fièvre typhoïde avec température élevée. Le vingt cinquième jour, douleur abdominale généralisée. Vomissements verdâtres, distension abdominale ; pas d'altération de la matité hépatique. Chute de température ne dépassant pas 1/2 degré. Légère rigidité abdominale.

*Opération.* — Perforation sur l'iléon. Péritonite généralisée.

*Mort* cinq heures après.

236. — *Harte R. (Ibid.*, cas 2.)

Juillet 1901. — Garçon, douze ans. Fièvre typhoïde avec constipation, douleurs abdominales, toux violente et température élevée. Tympanisme abdominal les deux jours précédant la perforation. Le quinzième jour, ventre sensible dans les deux régions iliaques, facies péritonéal, chute de température de 2°2 ; leucocytes : 12.240, 12.430.

*Opération* environ douze heures après le début. Abdomen rempli de gaz, et du contenu intestinal. Perforation de 6 millimètres de diamètre, sur l'iléon, près de la valvule.

*Mort* le deuxième jour après.

237. — *Harte R. (Ibid.*, cas 6.)

Février 1902. — Garçon, huit ans. Fièvre typhoïde. Le treizième jour, à 9 h. 30 du matin, ventre douloureux, un peu distendu ; matité hépatique disparue. Pas de changement du pouls, de la température et de la respiration jusqu'à 1 heure.

*Opération* à quatre heures, matières fécales libres dans l'abdomen. Péritonite généralisée. Perforation sur l'iléon.

*Mort* vingt-deux heures après de péritonite.

238. — *Harte R.* (*Ibid.*, cas 7.)

Mai 1902. — Garçon, treize ans. Fièvre typhoïde grave avec température élevée. Rechute grave, du vingt-septième au quarantième jour. Le quarante-deuxième jour, l'abdomen devient sensible, tympanique, distendu. Amélioration apparente le lendemain, malgré diminution de la matité hépatique, température tombée à 37°2. Le quarante-cinquième jour, brusquement, frisson suivi d'ascension de la température, pouls rapide et faible.

*Opération* — Grande quantité de liquide libre, couleur paille. Appendice gangréné et perforé. Deux perforations sur l'iléon.

Le lendemain, vomissements, hoquet, état désespéré. Puis, amélioration. Température normale. Dix-huit jours après l'opération (soixante-troisième jour de maladie), deuxième rechute jusqu'au quatre-vingtième jour. Troisième rechute du centième au cent-douzième jour.

*Guérison.*

239. — *Harte R.* (*Ibid.*, cas 16.)

Octobre 1902. — Homme, trente-neuf ans. Fièvre typhoïde d'intensité modérée, avec, dès le début, douleur dans la région appendiculaire (vagues douleurs à ce niveau depuis dix-huit mois). Leucocytose élevée : 10.200. Le douzième jour, douleur au niveau de l'appendice ; rigidité ; leucocytes : 14.900. Le lendemain, douleur intense ; leucocytes : 18.400.

*Opération.* — Ablation de l'appendice.

Deux jours après, deux frissons suivis de sueurs profuses ; faiblesse ; distension abdominale, qui augmente et persiste les jours suivants. Apparition d'une phlébite légère bilatérale. Le vingt-sixième jour de maladie, douleur abdominale, distension localisée au côlon transverse. Les vingt-huitième et vingt-neuvième jours, douleur violente à gauche de l'ombilic, distension. Le trentième jour, vomissements, température tombe à 36°1 ; ventre très distendu et très sensible à gauche de l'ombilic. Soulagement après lavement. Alternatives de bien et de mal. Le trente-deuxième jour, en passant le doigt par la plaie d'appendicite, issue de gaz et de matières fécales.

*Deuxième opération.* — Large zone nécrotique, du diamètre

d'une pièce d'argent de 50 centimes, à la partie postérieure du côlon transverse, et partiellement fermée par des adhérences et des exsudats.

*Mort* le lendemain.

240. — *Harte R.* (*Ibid.*, cas 19.)

Janvier 1903. — Femme, vingt-trois ans. Fièvre typhoïde légère. Le seizième jour, un peu de douleur abdominale ; ni sensibilité, ni rigidité, ni distension. Le lendemain, pas de douleur ; vomissement. Le vingtième jour, soudainement, collapsus ; pouls imperceptible, tympanisme abdominal ; pas de douleur.

*Opération*. — Perforation sur l'iléon.

*Mort* le soir même.

241. — *Harte R.* (*Ibid.*, cas 23.)

Mars 1903. — Homme, vingt-six ans. Fièvre typhoïde de gravité modérée. Le vingt-septième jour, à 5 heures après midi, frisson ; violente douleur abdominale paroxystique. Muscles droits rigides, respiration thoracique, matité hépatique disparue sur la ligne mamelonnaire. Douleur et rigidité plus marquées à gauche. Chute de température de 39°4 à 37°2, pendant la nuit. Leucocytes : 6.250.

*Opération* le lendemain Liquide louche, à odeur fécaloïde. Partie supérieure de l'intestin grêle en collapsus, inférieure distendue. Perforation en tête d'épingle sur l'iléon, de 30 à 45 centimètres du cæcum.

Vomissement fécaloïde, suivi de distension et rigidité.

*Mort* le lendemain de l'opération.

242. — *Harte R.* (*Ibid.*, cas 24.)

Mars 1903. — Homme, vingt-huit ans. Fièvre typhoïde assez grave. Alité seulement depuis le quatorzième jour. Caillots de sang dans les selles, le vingt-et-unième. Le matin du vingt-quatrième jour, léger tympanisme avec sensibilité à la palpation, surtout au niveau de la vessie. Température monte à 40°2 ; pouls et respiration élevés. Souffle pneumonique à la base droite. Vomissements verdâtres.

*Opération* plus de vingt-quatre heures après le début. Petite perforation de 4 millimètres de diamètre, sur une portion presque gangrénée de l'intestin.

*Mort* trois quarts d'heures après.

*Autopsie.* — Péritonite séro-purulente. Pas de pneumonie.

243-250.— *Harte R.* (*Pennsylvania Hospital Records*, Philadelphia. Harte et Ashhurst, cas 144, 147, 149, 150, 151, 152, 155, 156.)

Huit opérations pour perforations intestinales typhiques.

*Mort.*

251. — *Harte R.* (*Episcopal Hospital Records*, Philadelphia. — Harte et Ashhurst, cas 143.)

*Opération* pour perforation intestinale typhique.

*Mort.*

252. — *Harte R.* (*Ibid.*, cas 27.)

Mai 1903. — Homme, trente-deux ans. Hospitalisé le huitième jour de la fièvre typhoïde Nausées, vomissements, douleurs dans le dos et l'abdomen, avec symptômes nerveux marqués. Abdomen légèrement distendu et tympanique sans rigidité. Légère sensibilité dans la fosse iliaque droite. Le quatorzième jour, diarrhée profuse ; caillots de sang dans les selles jusqu'au vingtième jour. Pouls faible.

*Opération.* — Perforation sur l'iléon à 25 centimètres de la valvule. Canal intestinal rempli de sang.

*Mort* vingt-deux heures après.

253. — *Harte R.* (*Ibid.*, cas 28.)

Mai-juin 1903. — Homme, vingt-neuf ans. Fièvre typhoïde. Le matin du dix-septième jour, douleur abdominale. Dans la nuit, à 2 heures, vomissements porracés abondants, douleur abdominale violente, rigidité modérée, pas de distension ; augmentation du pouls et de la respiration.

*Opération* quatre heures et demie après la douleur intense. Liquide purulent. Lymphe sur les intestins. Perforation sur l'iléon, à 23 centimètres du cæcum.

*Mort* six heures après l'opération.

*Autopsie.* — Péritonite fibrino-purulente ; ganglions mésentériques augmentés de volume.

254. — *Harte R.* (*Ibid.*, cas 29.)

Juin 1903. — Homme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde. Hémorragies intestinales très abondantes les dixième et treizième jours.

Le vingt-troisième jour, douleurs abdominales aiguës ; vomissements. Ascension de température de 38°9 à 40°5. Le lendemain matin, température 36°8, douleur plus intense, abdomen rigide, sensibilité marquée à droite, sueurs profuses.

*Opération* dix-huit heures après le début. Liquide purulent dans le pelvis et le long du côlon ascendant. Petite perforation sur le cæcum.

*Mort* de péritonite généralisée trente heures après.

Pas d'autopsie.

255. — *Harte R.* (*Ibid.*, cas 30.)

Juin 1903. — Homme, vingt-six ans. Fièvre typhoïde de gravité modérée, avec fosse iliaque droite un peu douloureuse. Le matin du quinzième jour, frisson intense, suivi d'ascension de température à 41°7 ; nouveau frisson à 9 heures du soir. Deux jours après, frissons violents. Leucocytes : 7.700. Pas d'organismes de la malaria dans le sang. Le dix-huitième jour, douleur aiguë et sensibilité vive au niveau de la région appendiculaire. Un peu de rigidité du droit et de distension. Ce même jour, et les deux suivants, frissons. Dans la soirée du dix-neuvième jour, abdomen très sensible, très rigide, douleur intense.

*Opération* le vingtième jour, à 5 heures du soir. Liquide purulent dans la cavité péritonéale. Perforation sur l'iléon à 30 centimètres de la valvule.

*Mort* de péritonite généralisée trente-six heures après.

*Autopsie.* — Ulcération sur le côlon transverse ; ulcérations profondes et étendues sur l'iléon. Une autre perforation à 60 centimètres du cæcum. Thrombose complète de la veine cave à partir d'un point situé à 9 centimètres au-dessus de l'union des veines iliaques, et s'étendant partiellement dans les veines iliaques externes et fémorales.

256. — *Harte R.* (*Ibid.*, cas 31.)

Mai 1903. — Homme, dix-huit ans. Fièvre typhoïde ; délire depuis une semaine. A la fin de la quatrième semaine, considérable douleur abdominale. Le lendemain, abdomen rigide, sans distension ; douleur et sensibilité dans la fosse iliaque droite. Chute de température de 39°6 à 37°4. Ascension du pouls et de la respiration.

*Opération*. — Perforation de la grosseur d'une tête d'épingle sur l'iléon.

*Mort* vingt-sept heures après.

257. — *Harte R.* (*Ibid.*, cas 48.)

Mai 1904. — Homme, vingt-quatre ans. Fievre typhoïde. Du quinzième au vingtième jour, hémorragies intestinales répétées, abondantes. Le vingt-deuxième jour, à 10 heures du matin, abdomen un peu rigide, sans sensibilité. Une demi-heure après, douleur aiguë dans la région iliaque droite ; sensibilité considérable à la palpation à ce niveau. Matité hépatique présente ; flancs sonores. Leucocytes : 6.300, 5.900.

*Opération* deux heures et demie après la douleur. Péritonite. Petite quantité de matières fécales dans l'abdomen. Perforation en pointe d'épingle à 20 à 25 centimètres du cæcum.

*Mort* soixante heures après, avec affaiblissement considérable ; pas de signes de péritonite.

258. — *Harte R.* (*Ibid.*, cas 49.)

Mai 1904. — Garçon, quatorze ans. Perforation dans la troisième semaine de la typhoïde : douleur abdominale.

*Opération* trois jours après (température 37°3, pouls 140, respiration 26). Perforation de la grosseur d'un crayon, à 40 centimètres du cæcum.

Délire ; émaciation extrême. Cinq jours après l'opération, parotidite purulente bilatérale. Incision successive des deux parotides. Le quatorzième jour après l'opération, température normale. Pouls et respiration ont diminué de fréquence. Malade mange bien. Le lendemain, accélération soudaine des battements cardiaques et *mort* très rapide.

Pas d'autopsie. (Guérison de la perforation, mais mort à la suite de septicémie par suppuration bilatérale des parotides. Dans le pus, staphylococcus pyogenes albus ; pas de bacille typhique.)

259. — *Hartwell J. A.* (*Annals of Surgery*, 1906, XLIII, 940.)

Femme. Fièvre typhoïde depuis cinq à six semaines. Fièvre et douleur dans l'abdomen. Tumeur dans la région de l'appendice.

*Opération*. — Incision habituelle de l'appendicite. Large abcès évacué. Appendice n'est pas trouvé. — Peu après, développement

d'une fistule stercorale qui ne guérit pas. Cinq à six mois après, abdomen ouvert de nouveau au niveau de l'ancienne cicatrice. Plusieurs larges perforations, une sur l'origine du côlon, les autres sur la fin de l'iléon. Appendice normal.

*Guérison.*

260. — *Hawkes.* (G. Woolsey. *Annals of Surgery*, 1906, XLIII, p. 652, cas 2 — *Presbyterian Hospital Records*, New-York.)

Octobre 1900. — Homme, vingt-quatre ans. Perforation le dixième jour d'une fièvre typhoïde normale : douleur abdominale sévère. Quelques heures après, distension, sensibilité et rigidité croissantes ; hoquet, vomissements, température tombe de 39°4 à 37°2 : leucocytes montent de 7.000 à 12.000, puis 15.200.

*Opération* trente heures après la perforation. Incision à travers le muscle droit à droite. Liquide jaune, d'odeur fécaloïde. Perforation à 30 centimètres du cœcum. Excision de 6 millimètres de tissus autour de la perforation. Deux plans de sutures à la Lembert. Lavage. Drainage : tube de caoutchouc et quatre mèches de gaze.

*Mort* cinq à six heures après.

261. — *Hawkes.* (*Ibid.*, cas 11. — *Presbyter. Hosp. Rec.*)

Septembre 1904. — Homme, vingt et un ans. Fièvre typhoïde normale. Perforation le quinzième jour : douleur abdominale sévère ; rigidité dans la partie inférieure de l'abdomen. Ascension de la température à 41°1 ; vomissements ; signes typiques de péritonite.

*Opération* six heures après la perforation. Gaz et éther. Incision médiane. Gaz libres et sérum dans le péritoine. Perforation à 45 centimètres du cæcum. Deux plans de sutures à la Lembert. Lavage. Trois drains « cigarette ».

*Mort* six heures après.

262. — *Hawkes.* (*Ibid.*, cas 12. — *Ibid.*)

Septembre 1904. — Homme, dix-neuf ans. Fièvre typhoïde avec douleurs abdominales considérables. Perforation le vingtième jour : douleur sévère et soudaine dans la fosse iliaque droite avec sensibilité et rigidité. Vomissements ; hoquet ; diminution de la matité hépatique ; leucocytes : 7.900.

*Opération* quatre heures après la perforation. Gaz et éther. Incision médiane. Un peu de gaz et de liquide trouble dans l'ab-

domen. Perforation de 9 millimètres de diamètre, à 30 centimètres du cæcum. Deux plans de sutures à la Lembert. Lavage. Deux drains « cigarette ».

*Mort* cinquante-deux heures après.

263. — *Hawkes*. (*Ibid.*, cas 17. — *Ibid.*)

Janvier 1906. — Homme. Perforation le quarante-quatrième jour de la maladie, dans une rechute. Widal positif. Leucocytes : 8.700. Abdomen distendu pendant trois jours avant la perforation. Signes de début : douleur sévère et soudaine dans le quadrant inférieur droit, avec un peu de sensibilité locale et de rigidité. Quatre heures après : distension, rigidité et sensibilité spécialement dans la région iliaque droite ; un peu de matité dans les deux flancs ; diminution de la respiration abdominale ; leucocytes : 9.200 ; ascension de la température à 40 degrés.

*Opération* cinq heures après la perforation. Ether. Incision à droite, intermusculaire. Liquide libre, sans odeur. Perforation en trou d'épingle, à 20 centimètres du cæcum Suture en bourse, et sutures à la Lembert. Lavage. Drain « cigarette ».

*Guérison,*

264. — *Hays G. L.* (*American Medicine*, 6 septembre 1902, p. 379, cas 1.)

Septembre 1899. — Femme, trente-deux ans. Fièvre typhoïde typique, avec température peu élevée. Perforation le seizième jour ; à une heure et demie du matin, douleur abdominale, sans chute de température, ni signes de collapsus. Développement des signes de péritonite ; rapidité du pouls, sensibilité générale de l'abdomen, collapsus, délire.

*Opération.* — Vingt heures après le début. Cocaïne. Incision médiane sous-ombilicale. Intestins injectés ; abdomen rempli de fausses membranes fibrineuses noirâtres. Sur l'iléon, près du cæcum, perforation de 3 millimètres de diamètre, un peu obturée par des plaques de fibrine. Inversion des lèvres et deux rangs de sutures de Lembert à la soie. Lavage avec solution saline normale. Un drain jusqu'au fond du pelvis.

*Mort* cinq heures après l'opération.

Pas d'autopsie.

265. — *Hays G. L.* (*Ibid.*, cas 2.)

Juillet 1900. — Homme, trente ans. Fièvre typhoïde très grave.

Le vingt et unième jour, à 4 h. 30 du matin, grande douleur dans l'abdomen. A 9 heures, distension, grande sensibilité, diminution de la matité hépatique, respiration costale à 32, pouls 108, température 38°1.

*Opération* huit heures et demie après le début. Cocaïne. Incision médiane. Intestins injectés. Ventre rempli de liquide noirâtre ; quelques fausses membranes. Perforation de 2 millimètres de diamètre sur l'iléon, près de la valvule. Inversion ; deux rangs de sutures de Lembert à la soie. Lavage avec solution salée normale. Large drain de verre jusqu'au fond du pelvis.

Température normale huit jours après l'opération.

*Guérison.*

266. — *Hays G. L.* (*Ibid.*, cas 3.)

Août 1900. — Homme, vingt-huit ans. Fièvre typhoïde ; Widal positif. Perforation le quinzième jour. Douleur abdominale généralisée, légère distension, rigidité musculaire, disparition de la matité hépatique, péristaltisme très faible. Pas de chute de température, ni de modification du pouls et de la respiration.

*Opération* douze heures après la perforation. Cocaïne. Incision médiane. Abdomen rempli de liquide purulent. Pas de gaz libres. Perforation sur l'iléon, à environ 20 centimètres de la valvule. Deux rangs de sutures de Lembert à la soie. Lavage avec solution salée. Drain de caoutchouc dans le pelvis. — Lit en position de Fowler.

*Mort* trente heures après l'opération, d'intoxication septique.

267. — *Hays G. L.* (*Ibid*, cas 4.)

Juin 1901. — Homme, trente-six ans. Fièvre typhoïde ; Widal positif. Le dix neuvième jour environ, à 11 heures du matin, légère douleur dans l'abdomen, plus marquée dans la fosse iliaque droite. Rapidement, signes de péritonite. Pas de changement du pouls et de la respiration ; température 40 degrés.

*Opération* cinq heures après la perforation. Cocaïne. Incision médiane. Grande quantité de liquide trouble, rougeâtre. Pas de gaz libres. Intestins très congestionnés au voisinage de la perforation. Perforation sur l'iléon à 15 centimètres de la valvule ; les bords en sont formés de tissu nécrosé, qui, enlevé, lui donne un diamètre de 6 millimètres. Deux rangs de sutures de Lembert à la soie. Lavage avec solution salée normale. Large drain de verre

jusqu'au fond du pelvis. — Lit en position de Fowler.

Cinq jours après l'opération, pneumonie catarrhale et fistule stercorale, celle-ci fermée en deux à trois jours. Suppuration de l'incision abdominale.

*Guérison* en un mois.

268. — *Hays G L.* (*Ibid.*, cas 5.)

Juillet 1901. — Homme, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïde typique. Température normale le vingt-deuxième jour. Rechute quatre jours après. Le treizième jour de celle-ci (trente-neuvième jour de maladie), douleur intense dans la partie inférieure de l'abdomen, surtout dans la fosse iliaque droite. Signes de péritonite. Pas de modification marquée dans le pouls, la température, la respiration.

*Opération* quatre heures et demie après la perforation. Cocaïne. Incision médiane. Pas de gaz libres. Petite quantité de liquide clair et quelques flocons de lymphe. Intestins légèrement congestionnés. Perforation de 4 millimètres de diamètre, sur l'iléon, à 20 centimètres de la valvule. Deux rangs de sutures de Lembert à la soie. Lavage avec solution salée normale. Drain de verre. — Lit en position de Fowler. — Dans les heures qui suivent, collapsus marqué, pouls faible à 156 (whisky, strychnine, digitale, surtout injections de sérum.)

*Guérison* en quarante-huit jours. Bacille typhique dans le liquide abdominal.

269. — *Hays G. L.* (*Ibid.*, cas 6.)

Septembre 1901. — Homme, trente ans. Fièvre typhoïde assez sévère, avec symptômes nerveux marqués. Le treizième jour, à dix heures du matin, soudainement, douleur intense dans la région iliaque droite ; pas de chute de température, mais augmentation du pouls. Développement des signes de péritonite. Avant l'opération, pas d'augmentation des leucocytes.

*Opération* six heures après la perforation. Cocaïne. Incision sur la ligne semi-lunaire droite, au niveau du cæcum. Pas de gaz libres. Petite quantité de liquide rougeâtre. Perforation de 6 millimètres de diamètre, sur l'iléon à 20 centimètres du cœcum. Deux rangs de sutures de Lembert à la soie. Lavage salin. Drain de verre. — Lit en position de Fowler.

Amélioration nette. Au bout de douze heures, un lavement de glycérine et térébenthine ramène quelques gaz et du liquide con-

tenant une trace de matières fécales. Depuis, plus de gaz et distension croissante de l'abdomen.

*Mort* quarante-huit heures après l'opération.

*Autopsie.* — La portion de l'iléon qui s'étend de la perforation au cæcum est pliée sur elle-même à angle aigu, et fixée dans cette position par des adhérences solides ; il en résulte une occlusion totale de l'intestin.

270. — *Hays G. L.* (*Ibid.* —, cas 7 )

Décembre 1901. — Homme, vingt-cinq ans. Perforation dans la deuxième semaine. A 3 h. 30 après-midi, douleur sévère à l'extrémité du pénis. Après une selle, une demi-heure après, frisson intense et prolongé. A deux heures du matin, nouveau paroxysme de douleur, dans le pénis et s'étendant à l'abdomen. Chute de température de 1°7. Douleur abdominale intense ; abdomen distendu, rigide et très sensible à la pression, disparition de la matité hépatique, pas de péristaltisme, pouls faible, sueurs profuses.

*Opération* deux heures après la perforation. Cocaïne. Incision sur la ligne semi-lunaire droite. Gaz et liquide trouble, d'odeur fécaloïde. Perforation sur l'iléon, à 20 centimètres de la valvule. Deux rangs de sutures à la Lembert. Lavage à la solution saline normale chaude. Large drain de verre dans le pelvis. Suture du reste de l'incision. — Lit en position de Fowler.

*Mort* treize heures après l'opération.

Pas d'autopsie.

271. — *Hays G. L.* (*Journal of the American Medical Association* 1905, XLIV, p. 1265, cas 1.)

Février 1903. — Homme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde bénigne pendant décembre 1902 et début de janvier 1903. Le 26 janvier, rechute, plus grave. Le huitième jour, à dix heures du matin, douleur abdominale, croissante. Rigidité musculaire. Pas de changement du pouls et de la température.

*Opération* onze heures après le début de la douleur. Cocaïne locale. Incision latérale. Liquide floconneux. Perforation à la partie inférieure de l'iléon. Deux rangs de suture continue de Lembert à la soie. Lavage avec solution salée chaude. Large drain de verre dans le pelvis.

Pendant quarante-huit heures, amélioration. Pendant les deux jours suivants, gaz ne passent plus par l'anus. Sous chloroforme, *entérostomie* au siège de la perforation.

*Mort* le quatrième jour après la première opération, par péritonite.

272. — *Hays G. L.* (*Ibid*, cas 2.)

Mars 1903. — Homme, trente ans. Fièvre typhoïde. Le quatorzième jour, légère hémorragie. Le lendemain, entre trois et quatre heures après-midi, après s'être levé pour aller sur une chaise percée, douleur abdominale aiguë. A neuf heures du soir, température 40 degrés, pouls 100. Distension considérable et rigidité de l'abdomen, absence des matités hépatique et splénique.

*Opération* neuf heures et demie après le début de la douleur. Cocaïne locale. Incision latérale. Beaucoup de liquide. Sur l'iléon, à 15 centimètres de la valvule, perforation de 3 millimètres de diamètre. Deux rangs de suture à la Lembert, transversalement à l'axe de l'intestin. Lavage avec solution salée. Large drain de verre dans le pelvis. — Lit en position de Fowler.

*Mort* trente heures après l'opération.

273. — *Hays G. L.* (*Ibid.* —, cas 3.)

Mai 1903. — Homme, vingt-sept ans. Fièvre typhoïde grave. Perforation le quatorzième jour de la maladie.

*Opération.* — Cocaïne locale. Perforation à la partie inférieure de l'iléon. Deux rangs de suture de Lembert, à la soie. Lavage avec solution salée chaude. Drain de verre dans le pelvis.

*Mort* un peu plus de vingt-quatre heures après.

274. — *Hays G. L.* (*Ibid.* —, cas 4.)

Mai 1903. — Homme, trente ans. Fièvre typhoïde. Dans la troisième semaine, entre 2 et 3 heures après midi, douleur soudaine, violente, dans la région cæcale ; frisson et élévation de température. Puis, rigidité du droit ; matité hépatique présente.

*Opération* dix heures et demie après la douleur. Cocaïne locale. Incision latérale. Pas de liquide. Pas de péritonite généralisée. Appendice maintenu par des adhérences ; un petit abcès à côté. Ablation de l'appendice ; il était sur le point de se perforer. Drainage à la gaze.

*Guérison* lente.

275. — *Hays G. L.* (*Ibid.* —, cas 5.)

Septembre 1903. — Homme, vingt et un ans. Fièvre typhoïde. Au début de la deuxième semaine, vers 10 heures du soir, douleur

abdominale, frisson, température 40 degrés, pouls 100. Sédation des symptômes. Le lendemain matin, nouvelle douleur, température 37°2, pouls 100, sueurs profuses, abdomen rigide et distendu.

*Opération* environ vingt-quatre heures après la première douleur. Cocaïne locale. Incision latérale. Perforation sur l'iléon, à 20 centimètres de la valvule. Suture en bourse, puis deux rangs de suture de Lembert à la soie. Lavage avec solution salée chaude.

Apparition d'une pneumonie.

***Mort*** cinq jours après l'opération.

276. — *Hays G. L.* (*Ibid.*, cas 6.)

Novembre 1903. — Homme, vingt et un ans. Fièvre typhoïde. Du dix-neuvième au vingt-troisième jour de la maladie, cinq ou six hémorragies graves. A dix heures du soir, le vingt-troisième jour, douleur violente dans la fosse iliaque droite. Frisson, rigidité peu accentuée ; ventre en bateau.

*Opération* treize heures après la douleur. Ether. Incision latérale. Liquide floconneux. Perforation de 3 millimètres de diamètre sur l'iléon, à 10 centimètres de la valvule Deux rangs de suture continue de Lembert à la soie. Lavage avec solution salée chaude. Large drain de verre dans le pelvis. — Lit en position de Fowler.

*Guérison* lente.

277. — *Hays G. L.* (*Ibid.*, cas 7.)

Janvier 1904. — Homme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde débutant par de la toux et des sueurs profuses. Le vingt-septième jour, plusieurs hémorragies. Le lendemain matin, à 9 heures, un peu de rigidité abdominale, et état de shock. Le soir, signes de péritonite.

*Opération* moins de douze heures après la perforation. Cocaïne. Incision sur la ligne semi-lunaire droite. Perforation sur l'iléon, à 20 centimètres du cæcum. Deux rangs de suture continue de Lembert à la soie. Lavage avec solution salée. Drain de verre.

Tombe en collapsus sur la table opératoire : injection intraveineuse de sérum.

***Mort*** quatre heures après l'opération.

278. — *Hays G. L.* (*Ibid.*, cas 8.)

Juin 1903. — Jeune homme, quinze ans. Fièvre typhoïde légère.

Le quinzième jour, à 1 heure après midi, douleur aiguë dans l'abdomen, et un peu de rigidité du muscle droit à droite.

*Opération* neuf heures après. Cocaïne locale. Incision sur la ligne semi-lunaire droite. Beaucoup de liquice floconneux. Perforation sur l'iléon à 20 centimètres de la valvule. Deux rangs de suture continue de Lembert à la soie. Lavage avec solution salée chaude. Large drain de verre dans le pelvis.

Lit en position de Fowler pendant un jour, et drain alors remplacé par une mèche de gaze. Jusqu'au dixième jour, tout alla bien. Alors, douleur dans le thorax décelant une pleurésie et une pneumonie catarrhale. En même temps, apparition d'une fistule fécale, puis de péritonite.

*Mort* le douzième jour après l'opération.

*Autopsie.* — Dans l'abdomen, matières fécales venant d'une seconde perforation, placée très haut sur le jéjunum, et très large (12 millimètres de diamètre). Les sutures de la première perforation étaient intactes.

279. — *Hays G. L.* (*Ibid.*, cas 9.)

Juillet 1904. — Homme, vingt-neuf ans. Fièvre typhoïde, trois hémorragies intestinales, les jours précédents et la veille de la perforation. Le vingt-deuxième jour, à 3 h. 45 après midi. subitement, douleur aiguë dans la région cæcale, qui persista continue ; rigidité surtout à droite ; distension abdominale ; diminution de la matité hépatique. Température 35°7. A 7 heures, température 39°2, pouls 126.

*Opération* trois heures trois quarts après la douleur. Anesthésie cocaïnique. Incision sur la ligne semi-lunaire droite. Liquide trouble. Perforation, de 3 millimètres de diamètre, sur l'iléon, à 15 centimètres de la valvule. Suture en bourse à la soie, et par-dessus deux ou trois rangs de sutures à la Lembert interrompues à la soie. Une autre ulcération observée à 10 centimètres du cœcum ; pas de traitement, parce que séreuse paraissait en bon état. Lavage avec solution salée chaude. L'anse perforée est appliquée par une suture continue à la soie au péritoine contigu à l'angle supérieur de l'incision abdominale. Large drain de verre dans le pelvis. Pas de suture sur la paroi abdominale.

Le lendemain, drain remplacé par mèche de gaze. Le deuxième jour, apparition d'une fistule stercorale (perforation de la deuxième ulcération non traitée). Elle se ferme au bout de trois mois.

***Guérison.***

280. — *Hays G. L.* (*Ibid.*, cas 10.)

Juillet 1904. — Fille, quatorze ans. Fièvre typhoïde légère. Le vingt-huitième jour, à 9 heures du soir, douleur intense et continue dans la région cæcale, à la suite d'une selle spontanée. Signes de péritonite par perforation.

*Opération* quatre heures après la douleur. Ether. Incision latérale. Liquide trouble. Perforation de 3 millimètres de diamètre sur l'iléon à 20 centimètres de la valvule. Suture en bourse, à la soie, et deux rangs de sutures de Lembert interrompues à la soie. Fixation de l'anse perforée à l'angle supérieur de l'incision par suture à la soie. Lavage avec solution salée chaude. Drain de verre. Incision laissée ouverte — Lit en position de Fowler.

Le septième jour, fistule causée par l'ouverture des sutures fermant la perforation.

*Guérison*. — Pendant la convalescence, rechute légère de typhoïde durant deux à trois semaines.

281. — *Hays G. L.* (*Ibid.*, cas 11.)

Septembre 1904. — Homme, dix-neuf ans. Fièvre typhoïde grave ; trois légères hémorragies, les vingt-septième, vingt-neuvième, trente et unième jours de la maladie. Le trente-troisième jour, à 11 heures du matin, douleur très aigue dans la fosse iliaque droite, qui s'étendit ensuite à tout l'abdomen. Quelques heures après, signes de collapsus, température 34°4, pouls faible et rapide. Développement des symptômes de péritonite.

*Opération* neuf heures après la douleur. Cocaïne locale et chloroforme. Incision sur la ligne semi-lunaire droite. Sur l'iléon, deux perforations de 3 millimètres de diamètre, une à 20 centimètres de la valvule, l'autre 17 centimètres plus loin. Cette dernière était encore obturée par une tache nécrotique qui se détacha. Suture en bourse à la soie, et deux ou trois rangs de sutures de Lembert interrompues à la soie. Une troisième ulcération, visible à travers l'intestin, fut enfouie et suturée de même. Fixation de l'anse, au niveau de la perforation la plus proche du cæcum, à l'angle supérieur de l'incision. Lavage. Drain de verre avec une mèche de gaze à son intérieur.

Trois jours après, *entérostomie* (sur l'anse fixée) pour lutter contre la distension et la rétention des gaz et des matières.

*Guérison* avec fistule. Trois semaines après l'opération, légère rechute de typhoïde.

282. — *Hays G. L.* (*Ibid.*, cas 12.)

Septembre 1904. — Homme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde grave, avec symptômes nerveux accentués ; sept abondantes hémorragies en six jours, vomissements et hoquet. Le trente-et-unième jour environ, à 7 heures du matin, douleur dans la fosse iliaque droite, s'irradiant dans le pénis ; pas de changement du pouls et de la température. Six heures après, pouls 130, température 39, sensibilité abdominale, rigidité légère, bon péristaltisme, matité hépatique présente.

*Opération* sept heures après la douleur. Chloroforme. Incision latérale. Perforation sur l'iléon à 30 centimètres de la valvule. Suture en bourse à la soie renforcée par deux rangs de points interrompus à la Lembert. Deux autres ulcérations, proches, enfouies sous une suture en bourse à la soie. Fixation de l'anse à l'angle supérieur de l'incision. Lavage. Drain de verre avec deux mèches de gaze dedans. Lit en position de Fowler.

En quarante-huit heures, température baisse de 40°2 à 36°7, puis reste aux environs de 37°8. Délire, hoquet, vomissements. Mais, amélioration des signes physiques de péritonite.

*Mort* cinq jours après l'opération de toxémie typhoïdique.

Pas d'autopsie.

283. — *Henneid.* (*Medical Review*, Saint-Louis, 1898, XXXVII, p. 392. — Keen, 109.)

Perforation d'un diverticule de Meckel. Fermeture de la perforation et drainage.

*Mort.*

284. — *Heurteaux et Waquet.* (N. Mauger, Thèse de Paris, juillet 1900, p. 112, cas 42.)

Mars 1898. — Garçon, dix ans. Fièvre typhoïde bénigne. Pendant la convalescence, le trente-cinquième jour de maladie, dans la soirée, douleur vive, soudaine, dans la fosse iliaque droite ; vomissements alimentaires, puis bilieux, puis porracés. Deux jours après, douleur généralisée, ventre ballonné, vomissements répétés. Pouls fréquent et faible.

*Opération* trois jours après le début. Incision latérale. Perforation, large de 4 à 5 millimètres, aux deux tiers de la longueur d'un diverticule de Meckel, gros comme l'index, long de 4 à 5 centimètres, situé à environ 30 centimètres du cæcum. Trois points de suture de Lembert à la soie. Contre-ouverture à gauche. Grand

lavage au sérum chaud (40 degrés). Un gros drain de chaque côté.

Pendant trente heures, amélioration ; puis, signes d'occlusion intestinale : vomissements continus, ventre très distendu, anses visibles, facies grippé, pouls filiforme.

*Nouvelle intervention*, quatre jours après la première Laparotomie médiane sus-ombilicale ; pas de pus ; simples adhérences en surface ; pas de brides. Lavage à l'eau salée.

Trois heures après, débâcle très abondante et cessation des vomissements. Suppuration des plaies et convalescence longue.

*Guérison.*

285. — *Heuston Fr.* (*Bristish Medical Journal*, 16 novembre 1901, p. 1454.)

Septembre 1900. — Femme, trente-quatre ans. Fièvre typhoïde normale. Le quatrième jour de la convalescence, à midi, douleur soudaine, intense, dans l'abdomen, frissons, collapsus ; pouls 160, température 40 : abdomen un peu distendu, souple et dépressible ; tympanisme dans la région hépatique.

*Opération* quatre heures et demie après le début. Incision médiane sous-ombilicale. Liquide trouble brun. Perforation, en trou d'épingle, sur l'iléon, à 20 centimètres du cæcum. A 30 centimètres au-dessus, intestin couvert aussi de lymphe, présentait une large ulcération, mais non perforée. Sur la perforation, suture continue à la soie prenant tous les tissus, sauf la muqueuse ; enfouissement. Sur l'ulcération, suture de Halsted au catgut. Lavage avec solution saline normale. Paroi fermée, sans drainage.

*Guérison.*

286. — *Heuston F.* (*Journal of the Royal Army Medical Corps* 1904, II, p. 726.)

Homme. Depuis sept jours à l'hôpital pour fièvre typhoïde, quand collapsus soudain et douleur abdominale à 11 heures du soir.

*Opération* plus de six heures après. Péritonite. Perforation à bords nets, du diamètre d'un pois, à 20 centimètres de la valvule, sur une plaque de Peyer enflammée. Excision de cette portion et suture. Lavage avec solution salée chaude. Fermeture de la paroi. Durée : trente-cinq minutes.

*Mort* plus de douze heures après.

*Autopsie*. — Intestin non sténosé ; suture imperméable. Péritonite et congestion des intestins presque disparues.

287. — *Hill W.* (Keen, 40. Finney, 57.)

1895. — Garçon, treize ans. Perforation dans la sixième semaine.

*Opération* douze heures après. Perforation extrêmement large ; résection intestinale, et anastomose au bouton de Murphy. Ulcération menaçante suturée et placée près de l'incision abdominale.

Il survient là une fistule qui se ferme en dix jours.

*Guérison*. — Bouton évacué le dix-septième jour.

288. — *Hollis*. (*Lancet*, 1896, I, p. 1284. — Keen, 50. Finney, 58.)

1896. — Homme, trente-sept ans. Fièvre typhoïde grave. Perforation dans la troisième semaine. Douleur abdominale soudaine, distension, vomissements. Abdomen très rigide et distendu.

*Opération* quelques heures après le début des symptômes. Incision médiane. Abdomen rempli de gaz, sang et matières fécales. Perforation à 20 centimètres de la valvule. Bords tournés en dedans et sutures à la Lembert. Lavage. Incision fermée.

Malade en collapsus.

*Mort* trente-six heures après l'opération.

*Autopsie*. — Cavité péritonéale parfaitement nette ; début de nécrose à l'extrémité inférieure de la ligne de sutures, mais pas encore de perforation ; plusieurs autres plaques de Peyer épaissies.

289. — *Holmes E. W.* (J. P. Crozer Griffith. *The American Journal of the Medical Sciences*, 1904, CXXX, ns., p. 581, cas 3.)

Mai 1899. — Fille, douze ans. Fièvre typhoïde avec température très élevée (41°1 et plus). A la fin de la quatrième semaine, traces de sang dans les selles. Cinq jours plus tard, à 5 heures du matin, soudainement, douleurs abdominales violentes, et chute de température (de 41°7 à 36°1.)

*Opération* environ quarante et une heures après. Perforation sur l'iléon, avec plusieurs ulcérations menaçant rupture. Suture.

*Mort* quelques heures après.

290. — *Hotchkiss*. (*New-York Medical Journal*, 11 janvier 1896, LXIII. — Keen, 42. Finney, 59.)

1895. — Homme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation dans la troisième semaine. Soudaine et intense douleur abdominale. Distension considérable et sensibilité exquise ; face anxieuse ; pouls rapide ; température élevée ; vomissements.

*Opération* douze heures après le début. Mauvais état. Incision médiane. Abdomen plein de liquide séreux trouble, avec flocons de fibrine et un peu de matières fécales. Péritoine très congestionné et couvert de fibrine. Hypertrophie des ganglions mésentériques. Très petite perforation à 12 cm. 5 de la valvule, sur des tissus mous et friables. Bords tournés en dedans et suture longitudinale à la Lembert. Lavage avec solution saline normale chaude ; mèches de gaze ; incision partiellement fermée.

Pouls faible ; collapsus ; température monte à 42°2.

*Mort* quatre heures et demie après l'opération.

*Autopsie.* — Péritonite généralisée ; suture étanche.

291. — *Huntington Th. W.* (Th. W. Huntington et George B. Ebright. — *Journal of the American Medical Association*, 1905, 2, p. 1664, cas 1.)

Novembre 1904. — Homme, trente-huit ans. Fièvre typhoïde ambulatoire typique. Hospitalisé le trente-septième jour. Le quarante-deuxième, à 4 heures du matin, température tombe à 36°2. A 8 heures, après avoir bu du lait, douleur intense dans la fosse iliaque droite. Une heure après, frisson intense, pouls 124, température 39°6.

*Opération* sept heures après la chute de température. Ether. Incision sur le bord externe du droit. Peu de liquide trouble ; pas de fausses membranes. Sur l'iléon, à 20 centimètres du cæcum, perforation de la grosseur d'une tête d'épingle. Suture en bourse, renforcée par une seconde. A 12 cm. 5 de la valvule, ulcération prête à se perforer. Suture en bourse. A 7 cm. 5, une autre ulcération parait bien résistante. Pas de lavage. Nettoyage avec des tampons de gaze. Pas de drainage. Suture complète de l'incision.

Cinq jours après, apparition d'une fistule fécale à la partie supérieure de l'incision, nécessitant l'ouverture entière de celle-ci. Pas d'infection du péritoine. Plaie fermée un mois après.

*Guérison.*

292. — *Huntington* (*Ibid.*, cas 2.)

1901. — Homme. Fièvre typhoïde. Perforation.

*Opération* soixante heures après. Epanchement fécaloïde considérable. Péritonite généralisée. Suture de la perforation.

*Mort* douze heures après.

293. — *Huntingtон* (*Ibid.*, cas 3.)

1901. — Homme. Perforation typhique.

*Opération* quarante heures après. Péritonite diffuse. Suture de la perforation.

*Mort* soixante heures après.

294. — *Huntchinson J. Al.* (*Montreal Medical Journal*, 1903, XXXII, p. 733. cas 1. — Keen, 78. Finney, 61.)

Septembre 1897. — Homme, dix-neuf ans. Fièvre typhoïde. Le seizième jour, un peu de douleur abdominale généralisée, léger vomissement, diarrhée ; une selle légèrement sanglante. Le lendemain, à 3 heures du matin, douleur soudaine dans la région inférieure de l'abdomen ; chute de température, ascension du pouls. Rigidité. Pas de distension.

*Opération* dix-neuf heures après. Ether. Incision médiane. Pus et matières fécales liquides. Large perforation à bords déchiquetés, sur l'iléon, à 15 centimètres de la valvule. Deux rangs de suture à la Lembert. Irrigation saline. Drain.

*Mort* douze heures après.

295. — *Hutchinson J. Al.* (*Ibid.*, cas 2. — Keen, 77, Finney, 60.)

Août 1897. — Homme, dix-neuf ans. Perforation le treizième jour.

*Opération* treize heures après le début des accidents. Ether. Incision oblique latérale. Péritonite aiguë généralisée, pus et matières fécales. Perforation sur l'iléon, près de la valvule. Deux rangs de suture de Lembert à la soie. Irrigation saline. Drain de verre.

*Mort* dix heures après.

*Autopsie*. — Péritonite généralisée.

296. — *Hutchinson J. Al.* (*Ibid.*, cas 3.)

Octobre 1899. — Homme, vingt ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Péritonite généralisée ; hypothermie ; pouls 130.

*Opération*. — Ether. Incision oblique latérale. Perforation sur l'iléon près de la valvule. Suture de Lembert à la soie. Lavage. Drainage.

Amélioration marquée des symptômes abdominaux.

*Mort* de toxémie généralisée deux jours après.

297. — *Hutchinson J. Al.* (*Ibid.*, cas 4.)

Octobre 1900. — Homme, vingt-neuf ans. Fièvre typhoïde ambulatoire pendant neuf jours ; puis diarrhée, vomissements, température élevée ; Widal positif. Le douzième jour, à 2 heures du matin, violente douleur dans l'hypogastre, se généralisant graduellement Légers vomissements. Pas de changement marqué de la température, ni du pouls. Sensibilité et rigidité rapidement développées dans la fosse iliaque droite.

*Opération* six heures après le début. Ether. Incision oblique latérale. Péritonite aiguë généralisée avec pus libre et féces. Large perforation sur l'iléon Suture de Lembert à la soie. Lavage à la solution saline. Drain.

*Mort* vingt-quatre heures après.

298.—*Hutchinson J.Al.* (*Ibid.*, cas 5.)

Décembre 1902. — Homme, trente-trois ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Perforation le treizième jour. A 5 heures du matin, douleur abdominale intense, limitée au côté droit ; chute rapide de température ; accélération du pouls ; vomissements ; diarrhée; sensibilité très marquée et rigidité dans la fosse iliaque droite.

*Opération* deux heures après. Ether. Incision oblique latérale. Liquide libre séro-purulent et matières fécales. Large ulcération sur l'iléon, à 10 centimètres de la valvule, enveloppant presque toute la circonférence de l'intestin, avec perforation en trou d'épingle au centre. Suture de Lembert à la soie. Lavage à la solution saline. Tube de drainage en caoutchouc. Fermeture de l'abdomen. Le ventre est rempli de solution à travers le drain, qu'on ferme par un clamp.

Abdomen recouvert par quatre ou cinq larges sacs de glace durant les premiers jours. Evolution d'une fièvre typhoïde typique ; Widal positif.

*Guérison*.

299. — *Hutchinson J. P.* (J. Alison Scott, *University of Pennsylvania Medical Bulletin*, 1905-1906, XVIII, pp. 111-127, cas 8. — *Pennsylvania Hospital Records*.)

Avril 1902. — Garçon, quatorze ans. Fièvre typhoïde d'intensité modérée durant un mois. Un mois après le début de la convalescence, douleur abdominale violente. Symptômes de péritonite généralisée.

*Opération* deux jours après le début. Matières fécales dans

l'abdomen ; lymphe sur les intestins. Perforation de la dimension d'un penny sur l'iléon, très près du cæcum. Appendice enflammé et perforé aussi. Nombreuses ulcérations visibles à travers les parois intestinales.

*Guérison.*

300. — *Hutchinson J. P.* (*Ibid.*, cas 21.)

Janvier 1903. — Homme, trente-sept ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Le quinzième jour environ, douleur violente dans l'abdomen, d'abord généralisée, puis plus intense en bas, surtout à droite. Vomissements. Admis à l'hôpital avec douleur abdominale violente, surtout dans le quadrant inférieur droit ; un peu de distension, matité dans les flancs ; sensibilité généralisée, plus à droite ; muscle droit plus rigide que le gauche ; température 38°3, pouls régulier.

*Opération.* — Liquide libre dans le péritoine. Perforation de la grosseur d'une tête d'épingle, sur l'iléon, à 30 centimètres du cæcum.

*Guérison.*

301. — *Hutchinson J. P.* (Lloyd and Coley, *Philadelphia Medical Journal*, janvier 1903, p. 133. — *Methodist Hospital Records*, Philadelphia.)

Perforation intestinale typhique.

*Opération.*

*Mort.*

302. — *Hutchinson J. P.* (*Pennsylvania Hospital Records*, Philadelphia. — Harte and Ashhurst, cas 177.)

Perforation intestinale typhique.

*Opération.*

*Mort.*

303. — *Hutchinson J. P.* (*Children's Hospital Records*, Philadelphia. — Harte and Ashhurst, cas 172.)

Perforation intestinale typhique.

*Opération.*

*Mort.*

304-305. — *Hutchinson J. P.* (*Episcopal Hospital Records*. Philadelphia. — Harte and Ashhurst, cas 173 et 174.)

Deux opérations pour perforation intestinale typhique.

Deux *morts*.

306. — *Hutchinson J P.* (J. L. Yates, *American Medicine*, 2 mai 1903, p. 703. — *Episcopal Hospital Records*.)

Novembre 1902. — Homme, trente ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Dans la quatrième semaine, douleur soudaine, sévère, généralisée. Nausées et vomissements. Abdomen distendu et rigide, surtout à droite ; sensibilité diffuse. Matité hépatique normale.

*Opération* quarante-sept heures après le début de la douleur. Incision à travers le muscle droit. Liquide jaune purulent ; flocons fibrineux. Ablation de l'appendice. Iléon congestionné. A 35 ou 40 centimètres du cæcum, une frange épiploïque est adhérente au bord convexe de l'iléon. Détachée, elle laisse voir la base d'une ulcération très marquée, avec une tache noire au centre. Zone enfouie sous des points de suture séparés. D'autres ulcérations observées. Lavage à la solution saline chaude. Abdomen partiellement fermé. Drainage avec gaze et tube de caoutchouc.

*Guérison.*

307. — *Hutchinson J. P.* (J. Alison Scott, *University of Pennsylvania Medical Bulletin*, 1905-1906, XVIII, pp 111-127, cas 44.)

Octobre 1903. — Homme, vingt-huit ans. Première attaque de fièvre typhoïde cinq ans avant. Fièvre typhoïde grave avec constipation marquée. Le vingtième jour, légère douleur abdominale le matin ; le soir, à 10 h. 15, soudainement, douleur aiguë dans le côté droit de l'abdomen, qui se généralise. Sueurs ; pouls 120 ; respiration 30 ; température 36°7. Selle involontaire ; vomissements porracés. Ventre distendu ; rigidité musculaire ; matité hépatique disparue ; matité dans le flanc droit. Respiration abdominale conservée. Température 36°3 ; pouls 112.

*Opération* deux heures après la douleur intense. Perforation en forme de fente à 15 ou 20 centimètres du cæcum. Deux autres petites perforations, du diamètre d'une tête d'épingle. Abdomen rempli de liquide trouble.

*Mort* seize heures après.

308. — *Hutchinson J. P.* (*Ibid.*, cas 47.)

Avril 1904. — Homme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde moyenne. Rechute le dix-neuvième jour. Le trente-deuxième jour, douleur abdominale, plus grande à gauche ; légère rigidité des droits ; pas de distension. Disparition de ces accidents. Le trente-sixième jour, à 6 h. 45 du soir, douleur intense dans la fosse iliaque droite ; légère rigidité des droits ; leucocytes : 5.000. Attaques paroxystiques de douleur.

*Opération* six heures après le début. Péritonite. Perforation de l'appendice. Pas de perforation sur l'iléon.

*Mort* trente heures après, de péritonite.

*Autopsie.*

309. — *Hutchinson J. P.* (*Annals of Surgery*, février 1905, XLI, p. 290, cas 1.)

Femme.

*Opération.* — Perforation du diamètre d'un crayon. Suture impossible (grandeur de la perforation et état de l'intestin). Greffe épiploïque. Isolement de la zone perforée avec de la gaze.

Pendant plusieurs semaines, écoulement d'un pus fétide (fistule).

*Guérison* lente.

310. — *Hutchinson J. P. Ibid.*, cas 2.)

Homme. Fièvre typhoïde.

*Opération.* — Plusieurs perforations coexistant avec une intussusception. Résection intestinale.

*Mort* trente-six heures après, de péritonite.

311. — *Hyenne.* (Liautey et Hyenne. *Revue Médicale de la Franche-Comté*, 1907, p. 24.)

Janvier 1906. — Fille, quinze ans. Après quelques jours de maladie, douleurs dans le bas-ventre ; facies grippé ; T. 38°2 ; léger écoulement sanguin par la vulve (malade non encore réglée). Au bout de trois jours, écoulement se tarit, mais douleurs plus violentes, et apparition d'une tumeur au-dessus du pubis. Température 39°. Puis, phénomènes péritonéaux, vomissements, un peu de diarrhée.

*Opération* quatre à cinq jours après le début des accidents. Collection purulente infecte ; environ 1 l. 500 d'un mélange de pus et de matières fécales. Anses intestinales fortement congestionnées (perforation intestinale). Drainage.

*Guérison* en un mois. — Après l'opération, tracé thermique et symptômes d'une fièvre typhoïde typique.

312. — *Ill Ch. L.* (William Petry, *Philadelphia Medical Journal*, 13 décembre 1902, p. 936.)

Juin 1902. — Homme, trente ans. Fièvre typhoïde ; température normale le vingt-quatrième jour. Au bout de quelques jours rechute, avec tendance à la constipation. Depuis le trentième jour,

plusieurs fois douleurs dans le rectum. Le trente-quatrième jour, léger frisson et un peu de douleur dans la partie intérieure de l'abdomen. Pendant les trois jours suivants, ces symptômes sont observés plusieurs fois. Le trente-huitième jour, à 3 heures du matin, douleurs excruciantes dans la partie inférieure de l'abdomen. Vomissements verdâtres. Augmentation de la distension ; disparition de la matité hépatique ; pouls rapide et filiforme.

*Opération* sept heures après la perforation. Incision médiane. Ecoulement de sérum mousseux ; matières fécales liquides. Perforation sur l'extrémité inférieure de l'iléon, au centre d'une zone nécrotique et d'environ 18 millimètres de diamètre. Enfouissement sous un rang de sutures de Lembert au catgut. Nettoyage à la gaze. Drainage à la gaze iodoformée. Suture de la partie supérieure de l'incision. Durée : trente minutes.

Sérum, strychnine. Pendant cinq jours, vomissements fécaloïdes. Après ablation de la gaze de drainage, décharge abondante de matières fécales par la plaie ; vomissements cessent. Au bout de quelques jours, fistule stercorale se tarit. Deuxième rechute pendant quinze jours.

*Guérison* complète.

313. — *Jackson Th. W.* (*New-York Medical Record*, 7 octobre 1899. LVI, p. 519. — Keen, 110.)

Homme, vingt-six ans. Perforation à la fin de la deuxième semaine.

*Opération* environ trois jours après. Incision au niveau du cæcum ; abcès dans la région inguinale droite ; liquide trouble, fécaloïde, dans l'abdomen ; adhérences entre les intestins. Perforation sur l'intestin grêle, de 6 millimètres de diamètre. Lavage avec solution saline. Drainage à la gaze. Incision laissée ouverte.

*Mort* une heure après.

314. — *Jones W.* (*Annals of Surgery*. Juillet 1901, XXXIV.)

Octobre 1900. — Femme, vingt ans. Fièvre typhoïde grave.

Convalescence débute à la cinquième semaine. Deux jours après, à 5 heures du soir, après s'être levée pour uriner, douleur violente et soudaine dans la partie inférieure de l'abdomen, un peu à droite de la ligne médiane. Une heure après, frissons, vomissements. Face anxieuse, douleurs abdominales violentes et sensibilité, surtout dans la région iliaque droite.

*Opération* seize heures après le début. Etat désespéré. Gaz ; grande quantité de liquide séro-purulent avec quelques flocons

d'exsudat jaunâtre. Anses intestinales tapissées du même exsudat, faiblement adhérentes au-dessus de la vessie. Appendice sain. On ne trouve pas la perforation. Lavage abondant avec solution salée chaude. Drainage avec mèches de gaze, et deux gros drains placés dans la région lombaire.

Deux jours après, débâcle de matières fécales par l'incision; diminue et cesse au bout d'une semaine. A ce moment, rechute de la typhoïde, durant trois semaines ; réouverture de la fistule, qui finit par guérir spontanément.

*Guérison* complète.

315. — *Jopson J. H.* (*Archives of Pediatrics*, 1904, XXI, p. 195.)

Octobre 1903. — Garçon, six ans. Perforation à la fin de la deuxième semaine de la maladie. Pendant deux jours, fièvre croissante, diarrhée, douleur abdominale violente, d'abord dans la région iliaque droite, puis généralisée. Alors, vomissements porracés, et absence de selles.

*Opération* le troisième jour, avec tous les signes de péritonite par perforation. Température 37°1, pouls 120, respiration 48. Ether. Liquide purulent abondant, d'odeur fécaloïde. Péritonite généralisée Sur l'iléon, à 20 centimètres du cæcum, perforation de la grosseur d'une pointe de crayon. Double rang de suture à la Lembert. Appendice sain. Lavage avec solution salée. Drainage avec mèches de gaze et deux drains. Incision laissée ouverte. Amélioration, puis, à la fin du premier jour, réapparition des vomissements et des autres signes de péritonite.

*Mort* soixante-douze heures après l'opération.

*Autopsie.* — Suture intacte. Pas d'autre perforation. Péritonite généralisée.

316. — *Kadjan.* (Gesselevitch, *Saint-Petersburger Medizinische Wochenschrift*, 1898, n. f. 15, n° 3, s. 21.)

Octobre 1897. — Homme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde avec constipation. Perforation dans la troisième semaine, après administration de calomel. A 7 heures du soir, douleurs brusques dans la région hépatique, frissons, deux vomissements, pouls 106, température monte à 40 degrés. Douleurs s'apaisent, pour reprendre plus vives à 2 heures du matin ; sueurs. Le lendemain matin, à 10 heures, pouls 114, faible ; température 38°9 ; facies grippé, sueurs froides ; foie très douloureux, hypertrophié.

*Opération* dix-huit heures après la perforation. Chloroforme. Incision médiane sous-ombilicale. Ecoulement d'une grande quantité de liquide séreux, sans odeur. Exsudats fibrineux sur les anses. Sur l'iléon trois perforations ; une à 21 cm. 5 du cæcum, une autre de 3 millimètres plus loin, une troisième, à 20 centimètres au-dessus. Sutures de Czerny-Lembert. Tamponnement aseptique. Plaie laissée ouverte.

*Mort* quarante-trois heures après l'opération.

*Autopsie.* — Fièvre typhoïde ; péritonite suppurée ; pneumonie ; endocardite ; néphrite parenchymateuse.

316. — *Kaehler M.* (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1907, XXXIII, p. 1370, cas 1.)

Mai 1905. — Homme, seize ans. Fièvre typhoïde. Récidive avec bronchite diffuse. Brusquement, douleurs abdominales très violentes ; deux vomissements ; pouls petit et rapide. Ballonnement abdominal ; résistance dans la région épigastrique. Vomissements. Signes de péritonite diffuse.

*Opération* le lendemain du début. Anesthésie locale. Incision au-dessus du ligament ilio-inguinal. Liquide fécaloïde fétide. Etat général trop mauvais du malade empêche toute recherche. Drainage.

Fistule stercorale qui au bout de quatre ou cinq semaines se ferme spontanément. Deuxième récidive modérée.

*Guérison* définitive.

317. — *Kaehler M.* (*Ibid.*, cas. 2.)

Septembre 1906. — Homme, seize ans. Fièvre typhoïde très grave. Le soixantième jour, rechute. Le huitième jour de celle-ci, perforation.

*Laparotomie* trois heures après. Ether, chloroforme. Incision médiane. Beaucoup de liquide séro-purulent et matières fécales très abondantes. Perforation de la grosseur d'une tête d'épingle à 15 centimètres de la valvule. Suture. L'anse est fixée au péritoine pariétal avec les mêmes fils. Suture par plans de la paroi. Sérum.

Au bout de dix jours, au milieu de l'incision, apparition d'une fistule stercorale, d'où s'échappent des matières fécales abondantes. Faiblesse extrême.

*Mort* vingt-trois jours après l'opération.

*Autopsie.* — Nombreux abcès entre les anses intestinales, et

dans plusieurs régions du foie. Anse perforée adhérente à la paroi. Pas d'autres perforations.

319. — *Kaehler M.* (*Ibid.*, cas 3.)

Décembre 1906. — Jeune fille, quinze ans. Fièvre typhoïde de gravité moyenne. Récidive grave le vingt-septième jour. Le dixième jour de celle-ci, vomissements et diarrhée. A 4 heures de l'après-midi, brusque douleur dans la région iléo-cæcale, très violente. Pouls monte de 100 à 170; facies tiré.

*Opération* une heure après. Ether. Liquide purulent très fluide, extrêmement abondant. Sur l'iléon, deux perforations ; une troisième 10 centimètres plus haut. Sutures. Nettoyage. Drainage.

*Mort* quelques heures après, par collapsus cardiaque.

*Autopsie.* — Sutures parfaites ; péritonite diffuse.

320. — *Kammerer.* (A. Seibert. *Archives of Pediatrics*, septembre 1902, XIX, p. 680, cas 1.)

Mai 1901. — Garçon, onze ans. Après une semaine d'indisposition, soudainement, douleurs aiguës dans l'abdomen, température rectale 41°2. Le lendemain, température 40°5, douleur identique. Légère sensibilité au niveau de la fosse iliaque droite.

*Opération* deux jours après le début. Ablation de l'appendice ulcéré. Nombreuses infiltrations typhiques. — Widal positif.

Fistule stercorale apparaît trois semaines après l'opération; fermée à la fin de la septième semaine.

*Guérison.*

321. — *Kholtzoff.* (Gesselewitch et R. Wanach, *Jetopice Rousskoi Kirourgie*, 1897, II, 406. — *Presse Médicale*, 18 mai 1898, p. 272.)

Homme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde avec congestion des deux poumons. Symptômes de perforation avec hyperthermie, au cours de la septième semaine.

*Opération* quatre heures après la perforation. Exsudat séro-sanguinolent. Perforation à 20 centimètres de la valvule. Résection du segment perforé. Tamponnement.

*Mort* au bout de deux jours.

*Autopsie.* — Plusieurs ulcérations typhiques au-dessus du point perforé.

322. — *Kiliani O. G. T.* (*Annals of Surgery*, 1907, XLV, p. 34.)

Juillet 1906. — Homme, quarante ans. Fièvre typhoïde ambulatoire évoluant depuis quatre semaines. Quelques heures après l'entrée à l'hôpital, à 2 h. 30 du matin, douleur soudaine, violente, dans l'abdomen. Chute de la température à 37°6, du pouls à 92 (de 116). Rigidité abdominale considérable. Leucocytes : 5.600.

*Opération* environ une heure après. Incision sous-ombilicale sur le bord du droit. Grande quantité de liquide jaune, d'odeur légèrement fécaloïde ; quelques grumeaux de matières fécales. Intestin rouge vif. Ganglions mésentériques très gros. A 25 centimètres de la valvule, deux petites perforations, dont l'une incomplètement perforée. Sutures de Lembert à la soie. Incision prolongée jusqu'au rebord costal. Sur la vésicule biliaire, portion gangrenée avec deux petites perforations. Cholécystectomie rapide (canal cystique lié et cautérisé). Tampons de gaze aux angles supérieur et inférieur de l'incision abdominale, suturée partiellement. Durée : quarante-cinq minutes.

Dans la vésicule, bacille typhique et bacterium coli ; dans le sang, bacille typhique en cultures pures. Le troisième jour après l'opération, signes de pneumonie double. Apparition d'ictère. Abdomen est devenu souple. Pendant les treize premiers jours, température entre 40 degrés et 40°5 ; puis entre 39°4 et 37°8.

*Mort* brusque le vingt et unième jour après l'opération, par collapsus cardiaque.

*Autopsie.* — Liquide dans les plèvres, purulent à droite, séreux à gauche. Large foyer de gangrène dans le poumon droit. Congestion des deux poumons. Myocardite. A 15 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale, volvulus de l'intestin grêle ; au-dessus, distension ; au-dessous, intestin en collapsus. Le volvulus était incomplet et encore perméable. A 2 cm. 5 du cæcum, deux petites ulcérations.

323. — *Kimura* (*Sei-i-Kwai Med. Journal*, 1890, IX, p. 55.— *British Medical Journal*, 1890, II, p. 777.— Keen, 14. Finney, 62.)

Homme, trente-quatre ans. Fièvre typhoïde sévère. Perforation le quatorzième jour environ.

*Opération* vingt-huit heures après. Liquide et matières fécales dans l'abdomen. Appendice enflammé et enlevé. Petite perforation à 5 centimètres du cæcum. Bords enfouis sous dix points de suture séparés à la Lembert. Lavage à l'eau boriquée. Tube de drainage en caoutchouc.

*Mort* vingt et une heures après l'opération, par éclatement de la suture et écartement des lèvres.

324. — *Kingsley B. F.* (*Annals of Surgery*, mars 1897, p. 233. — Keen, 30. Finney, 63.)

Femme, seize ans. Fièvre typhoïde modérée. Perforation dans la deuxième semaine. Frisson soudain et signes de collapsus. Douleur peu marquée ; pouls rapide et irrégulier. Un peu de douleur abdominale et sensibilité. Quinze heures après, léger collapsus, pouls rapide et faible, face pâle et anxieuse, abdomen distendu, tympanique et sensible.

*Opération* quinze heures après le début. Mauvais état. Incision médiane. Quantité considérable de sérum trouble et petits grumeaux. Perforation sur l'iléon de la grosseur d'un crayon ; plusieurs autres plaques de Peyer rouges et paraissant ulcérées. Deux rangs de sutures à la Lembert sur la perforation. Irrigation saline et nettoyage. Fermeture de l'abdomen.

*Mort* cinq heures après l'opération.

Pas d'autopsie.

325. — *Kirkpatrick R. C.* (de Montréal). (Keen, 80. Finney, 64.)

Homme, trente-cinq ans. Fièvre typhoïde.

*Opération* probablement vingt-quatre heures après la perforation. Incision au niveau de l'appendice. Une pinte de liquide jaune, d'odeur fécaloïde. Intestins couverts de lymphe. Perforation à 2 centimètres de la valvule. Deux rangs de sutures de Lembert à la soie. Irrigation saline chaude. Quatre drains de verre. Gaze iodoformée.

*Mort* trois jours après.

326. — *Kœrte* (*Archiv. für Klin. Chirurgie*, 1892, XLIV, p. 646. — Keen, 19. Finney, 65.)

Homme, dix-sept ans. Fièvre typhoïde sévère. Perforation le dix-neuvième jour. Abdomen très distendu, très sensible, surtout dans la partie inférieure. Disparition de la matité hépatique. Pouls faible, petit, 120.

*Opération* quatre jours après le début. Incision latérale droite. Beaucoup de pus et de gaz. Contre-ouverture dans le flanc droit. Troisième incision médiane sous-ombilicale. Lavage avec solution au lysol à 1/2 0/0 et avec eau stérilisée. Perforation non trouvée. Drainage avec gaze iodoformée et tube.

*Mort* quinze jours après l'opération, d'inanition.

*Autopsie.* — Sur l'iléon, nombreuses grandes ulcérations ; l'une, siégeant dans la partie inférieure, est perforée ; autour d'elle, paroi intestinale extrêmement friable.

327. — *Kropowski.* (Gesselevitch, *Saint-Petersburg. Med. Wochenschrift*, 1898, n. f. 15, XXIII, s. 23. — Keen, 111.)

*Guérison.*

(Ce cas fut rapporté à la Société Médicale de Russie.)

328. — *Kyle H. G.* (*Bristol Medico-Chirurgical Journal*, 1903, XXI, p. 30.)

Septembre 1902. — Homme, vingt-sept ans. Fièvre typhoïde. Le douzième jour, à 6 heures du soir, douleur abdominale et frisson. Douleur s'atténue, puis revient par crises. Six heures après : pouls 100, température 38°3, distension abdominale et disparition de la matité hépatique, sueurs abondantes, pas de collapsus.

*Opération.* — Incision oblique latérale. Liquide trouble jaune entre les anses. A l'extrémité inférieure de l'iléon, sur une plaque très épaissie, perforation de la grosseur d'une plume d'oie, partiellement recouverte par une languette adhérente de l'épiploon. Nettoyage avec des éponges. Fermeture complète de la perforation impossible (fils coupaient). Sutures légèrement serrées ; la portion suturée est laissée sous l'incision avec un drain de gaze. Tube dans le pelvis.

Ecoulement abondant par la plaie.

*Mort* le dixième jour, de la gravité de la typhoïde.

*Autopsie.* — Pas de péritonite. Pas d'autre perforation. Anse perforée adhérente à l'incision. Il existait une fistule fécale, bien qu'on n'eût pas observé de matières fécales dans l'écoulement.

329. — *Laidley.* (*American Journal of Obstetrics*, novembre 1895, p. 791. — Keen, 38. Finney, 67.)

Ulcération typhique perforée.

*Opération.*

*Mort* douze heures après.

330. — *Laplace.* (Tyson, *Transactions of Collège of Physicians of Philadelphia*, 1902, p. 133.)

*Opération* pour perforation intestinale typhique.

***Mort.***

331. — *Launay*. (A. Broudic, Thèse de Paris, juin 1904, p. 61, cas 4.)

Janvier 1901. — Homme, dix-sept ans Première attaque de fièvre typhoïde six ans avant. Fièvre typhoïde. Le seizième jour de maladie, à 7 h. 30 du soir, douleur abdominale, brusque, vive, immédiatement suivie d'émission de matières fécales glaireuses, persillées ; ventre souple ; pas de changement du pouls (104). Température monte à 39°5. A minuit, température 41 degrés, pouls 140, facies grippé, ventre en bateau, dur, douloureux.

*Opération* sept heures et demie après le début. Grande quantité de pus. Perforation grosse comme une tête d'épingle sur la partie terminale de l'iléon.

*Mort* vingt-cinq heures après.

332. — *Launay*. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 26 mai 1908, p, 670, cas 1.)

Septembre 1900. — Homme, trente ans. Perforation, le matin, dans la troisième semaine de la fièvre typhoïde : chute brusque de température ; vomissements ; pouls petit, très rapide ; contracture abdominale.

*Opération* quelques heures après. Incision sur le bord externe du droit. A la terminaison de l'intestin grêle, près du cæcum, zone épaissie et dure, avec au centre petite dépression où ne subsiste que le péritoine aminci. Enfouissement sous deux surjets de catgut transversaux. Drainage.

*Guérison.*

333. — *Launay*. (*Ibid.*, cas 3.)

Avril 1903. — Homme, dix-huit ans. Perforation, le matin, dans la troisième semaine de la typhoïde.

*Opération* à onze heures du soir. Incision latérale menant sur un foyer de péritonite assez limité par des adhérences molles. Epanchement de liquide sale et odorant. Perforation sur des tissus friables. Deux surjets. Drainage.

Pendant deux jours, amélioration ; pouls plus fort et moins fréquent ; température d'abord élevée s'abaisse ; état général bien meilleur. Le troisième jour, symptômes de péritonite reprennent.

*Mort* le quatrième jour après l'opération.

Pas d'autopsie.

334. — *Lavroff B. B.* (*Rousskii Vratch*, 1904, III, p. 1124-1157, cas 1.)

1891. — *Opération* faite sur un malade presque mourant, le quatrième jour après l'apparition des premiers symptômes de péritonite. Perforation intestinale. Matières fécales dans le péritoine.

*Mort* le même jour.

*Autopsie*. — Ulcérations typhiques.

335. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 2.)

1895. — Homme, vingt ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Le quinzième jour, à 6 heures du matin, douleur brusque dans tout l'abdomen. Vomissements. Après une purgation, deux selles. A 9 heures du soir : faciès très tiré, pouls petit et accéléré, respiration fréquente, vomissements continuels, ventre ballonné et tendu, douleur considérable à la pression.

*Opération* à 10 heures. Chloroforme. Incision médiane. Grande quantité de liquide séreux avec odeur fécaloïde. Sur l'iléon, perforation de la grandeur d'une pièce de 50 centimes.

Le malade continue à vomir, s'affaiblit et *meurt* quatorze heures après l'opération.

A l'*autopsie*, ulcérations typhiques sur l'iléon.

336. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 3.)

1895. — Homme, vingt-quatre ans. Diarrhée pendant les deux dernières semaines. Ventre très tendu, un peu ballonné, douloureux partout à la pression. Pouls bon. Température 39°8. Pas de nausées, ni de vomissements.

*Opération* quatre heures après le début de la péritonite. Chloroforme. Incision médiane. Beaucoup de liquide séreux. Sur l'iléon, perforation de 1 centimètre de diamètre. Durée : vingt minutes.

Pendant trente-six heures, amélioration. Six heures avant la mort, brusque changement : pouls à peine perceptible, face cyanosée.

*Mort* quarante-huit heures après l'opération.

*Autopsie*. — Quelques ulcérations sur l'iléon. Péritoine presque sec. Pneumonie aux deux sommets.

337. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 4.)

1896. — Homme, vingt-six ans. Fièvre typhoïde normale. Perforation le onzième jour. A 10 h. 30 du matin, frissons, tempéra-

ture 40 degrés, vomissements, douleur du côté droit de l'abdomen, moindre dans les autres régions. Ballonnement généralisé. Pas de disparition de la matité hépatique. Etat général très mauvais. Pouls 120.

*Opération.* — Incision à droite. Beaucoup de liquide séreux. Péritonite avancée. Sur l'iléon, perforation de 1 cm. 5 de diamètre. L'endroit perforé est entouré de tampons qu'on laisse dans la plaie. Deuxième incision sur la ligne blanche. Tamponnement.

*Mort* seize heures et demie après.

*Autopsie.* — Péritonite purulente aiguë ; ulcérations typhiques ; infarctus secondaire de la rate.

338. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 5.)

1896. — Homme, vingt-cinq ans. Le quinzième jour de la maladie, douleur abdominale, surtout du côté du cæcum. Entre à l'hôpital le lendemain ; langue sèche, vomissements, rate impalpable à cause du ballonnement intestinal, pouls 120. Le lendemain, facies hippocratique, aphonie, ventre en bateau, paroi tendue, douleur à la pression dans la partie inférieure du ventre, rétention d'urine, pas de vomissements, hoquet. Le jour suivant, moins de douleur à la pression, pouls 116, pas de vomissements, polyurie. Le lendemain, dans la nuit, vers 11 heures du soir, légers vomissements, hoquet, pouls faible, facies tiré, intestins ballonnés, forte douleur dans tout l'abdomen ; tous les signes d'une péritonite à marche rapide.

*Opération.* — Incision oblique, à droite. Entre les anses, adhérences de fibrine. Dans le petit bassin et dans la partie inférieure du péritoine, beaucoup de pus épais avec odeur fécaloïde. Appendice sain. Deuxième incision médiane. Sur l'iléon, perforation de la grandeur d'une lentille. Excision de l'ulcération. Suture à la Czerny. — Lembert. Tamponnement.

Quelques heures après l'opération, reprise des vomissements. Ballonnement abdominal considérable.

*Mort* dix-neuf heures et demie après.

*Autopsie.* — Péritonite purulente généralisée.

339. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 6.)

1896. — Homme, vingt-deux ans. Fièvre typhoïde normale. Perforation à la fin de la deuxième semaine. A 1 heure après midi, brusque douleur dans tout l'abdomen, plusieurs vomissements,

hoquet, brusque affaiblissement. Deux heures après, facies hippocratique, pouls 96, irrégulier ; respiration 32 ; tympanisme sur la région hépatique.

*Opération* deux heures et demie après la douleur. Ether. Incision oblique à droite. Liquide fibrino-purulent avec odeur fécaloïde. Sur l'iléon, neuf à dix ulcérations, recouvertes seulement par le péritoine verdâtre prêt à se déchirer. Sur l'une d'elles, orifice de 2 millimètres de diamètre. Résection de 65 centimètres d'intestin. Suture à trois étages. Tamponnement. Durée : une heure et demie.

*Mort* sept heures après.

*Autopsie.* — Péritonite purulente aiguë, ulcérations typhiques sur l'iléon.

340. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 7.)

Octobre 1896. — Homme, dix-huit ans. Fièvre typhoïde grave. Perforation à la fin de la cinquième semaine. A 1 heure du matin, forte douleur abdominale. Cinq vomissements pendant la nuit. Ventre tendu, très douloureux, pouls 120.

*Opération* quatorze heures après la perforation. Incision médiane. Beaucoup de pus liquide. Sur l'iléon, perforation à bords un peu déchiquetés, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Suture à trois étages. Tamponnement.

Dans la nuit, plusieurs vomissements. Le lendemain, moins de douleur et de ballonnement, subictère des conjonctives, facies tiré. Puis affaiblissement cardiaque.

*Mort* trente-trois heures après l'opération.

*Autopsie.* — Péritonite purulente ; ulcérations typhiques sur l'iléon.

341. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 8.)

Novembre 1897. — Homme, quarante-cinq ans. Malade depuis trois jours : céphalée et douleur abdominale. Entre à l'hôpital : parois tendues, douleur abdominale généralisée ; diarrhée, puis constipation. Deux jours après, douleur diminuée ; ballonnement de tout le ventre. Dans la nuit, vomissements. Le lendemain matin, sueurs, ballonnement, douleur modérée, pas de péristaltisme.

*Opération.* — Incision médiane. Dans le pelvis, pus, sang et matières fécales. Sur l'iléon, deux perforations voisines, de la gros-

seur l'une d'une lentille, l'autre d'une tête d'épingle. Sutures à la Lembert. Tamponnement.

*Mort* quatre heures après.

*Autopsie.* — Péritonite aiguë fibrineuse ; ulcérations typhiques sur l'iléon.

342. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 9.)

Novembre 1897. — Homme, quinze ans. Malade subitement. Pendant quatre jours, absence de selles et de gaz, vomissements incoercibles. Ventre ballonné, douloureux, surtout à la partie inférieure. Pouls faible. Respiration 60.

*Opération.* — Incision médiane. Beaucoup de liquide purulent fétide dans le péritoine. Fibrine sur les intestins. Sur l'iléon, perforation de la grosseur d'un pois. Suture à trois étages. Tamponnement.

*Mort* six heures après.

*Autopsie.* — Péritonite purulente aiguë ; ulcérations typhiques sur l'iléon.

343. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 10.)

Novembre 1897. — Homme, vingt-sept ans. Perforation au début de la troisième semaine de la fièvre typhoïde. A 5 heures après-midi, fortes douleurs abdominales et fréquents vomissements bilieux. Paroi tendue. Disparition de la matité hépatique. Pouls fréquent, faible.

*Opération* cinq heures après la perforation. Incision sur le bord externe du droit. Beaucoup de liquide. Dans le bassin, matières fécales. Sur l'iléon, perforation ronde, à bords taillés à pic, de la grosseur d'un pois. Infiltrations senties dans l'intestin. Résection de 20 centimètres d'intestin. Suture. Tamponnement.

*Mort* trente-deux heures après.

*Autopsie.* — Endocardite aiguë ; néphrite aiguë parenchymateuse ; ulcérations typhiques sur l'iléon ; péritonite fibrineuse non généralisée.

344. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 11.)

Juin 1898. — Homme, vingt-sept ans. Tombe malade le 7 : douleur abdominale, constipation, rétention d'urine, vomissements. Hospitalisé, refuse l'opération. Le 13, délire par moments ; ventre tendu, douloureux au palper, surtout dans la région

cæcale ; ballonnement, tympanisme de la région hépatique ; pouls faible et fréquent.

*Opération.* — Incision latérale. Pus liquide, fétide. Ablation de l'appendice couvert d'exsudat fibrineux. Sur l'iléon, perforation à bords infiltrés, de la grosseur d'un pois. Suture. Tamponnement.

*Mort* vingt-quatre heures après.

*Autopsie.* — Péritonite purulente aiguë ; ulcérations typhiques sur l'iléon, avec une autre perforation.

345. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 12.)

1898 — Homme, seize ans. Fièvre typhoïde normale. Pendant cinq jours avant la perforation, ventre ballonné, sensation douloureuse à droite. Perforation à la fin de la deuxième semaine : forte douleur abdominale ; vomissements ; pouls 130, très faible ; ventre tendu, légèrement ballonné, très sensible à la palpation, surtout à droite ; rétention d'urine.

*Opération* quatre heures après le début. Incision oblique à droite. Beaucoup de pus liquide, surtout dans le bassin. Exsudats fibrineux sur les intestins. Sur l'iléon, perforation de la grosseur d'un pois. Excision de l'endroit perforé, et suture Czerny-Lembert. Tamponnement.

*Mort.*

*Autopsie.* — Péritonite généralisée fibrino-purulente ; ulcérations typhiques sur l'iléon.

346. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 13.)

Mai 1899. — Homme, trente-huit ans. Perforation au début de la troisième semaine de la fièvre typhoïde. Le lendemain, ventre ballonné, douloureux ; tympanisme ; diminution de la matité hépatique ; pas de vomissements ; constipation ; pouls plus de 100.

*Opération* vingt-quatre heures après la perforation. Incision à droite. Beaucoup de liquide fibrino-purulent fétide. Exsudats fibrineux sur les intestins, sur l'iléon, perforation de 3 millimètres de diamètre, à bords infiltrés. Excision et suture à deux étages. Ganglions mésentériques hypertrophiés. Tamponnement. Vomissements, pas de selles.

*Mort* quatre jours après l'opération.

*Autopsie.* — Péritonite purulente aiguë ; ulcérations typhiques sur l'iléon.

347. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 14.)

Décembre 1899. — Homme, quarante et un ans. Malade pendant douze jours : douleurs abdominales, constipation continuelle, vomissements. A l'entrée à l'hôpital, ventre ballonné, tympanique ; fortes douleurs dans tout l'abdomen, surtout à gauche et à la région épigastrique ; on sent à la palpation des masses fécales ; pouls : 92, faible ; respiration 40. Trois jours après, faiblesse extrême, pouls 130, ballonnement, douleurs, tympanisme, matité hépatique diminuée. Pas de vomissements.

*Opération.* — Cocaïne locale. Incision à droite. Beaucoup de pus liquide, surtout dans le bassin où il est mélangé de matières fécales. Sur l'iléon, perforation de la grandeur « d'une pièce de 5 kopeks en argent ». Suture à deux étages. Ganglions mésentériques hypertrophiés. Tamponnement.

*Mort* six heures après.

*Autopsie.* — Péritonite aiguë purulente ; ulcérations typhiques sur l'iléon.

348. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 15.)

Septembre 1901. — Homme, trente-deux ans. Fièvre typhoïde ambulatoire avec un peu de diarrhée. Dans la nuit, douleur abdominale brusque, surtout autour de l'ombilic, et vomissements. Hoquet, pouls 124, respiration superficielle, ventre « en bois » ; dans la partie inférieure, sensation de flot ; tympanisme dans la région hépatique.

*Opération* environ vingt-quatre heures après la douleur. Incision médiane. Péritonite purulente généralisée avec gaz ; beaucoup de pus dans le petit bassin. Perforation sur l'iléon. Suture. Tamponnement.

Le lendemain, par un drain s'écoulent des matières fécales liquides.

*Mort* trois jours après l'opération.

*Autopsie.* — Péritonite aiguë purulente ; ulcérations typhiques sur l'iléon ; inflammation purulente des ganglions mésentériques.

349. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 16).

Septembre 1902. — Homme, vingt-quatre ans. Perforation à la fin de la troisième semaine de la fièvre typhoïde : douleurs abdominales, quelques vomissements, pas de gaz. Avant l'opération ; pouls fréquent, mauvais ; face hippocratique ; sueurs ; ventre bal-

lonné, douloureux, surtout dans la partie inférieure gauche ; rate impalpable ; vomissements.

*Opération* environ trois jours après la perforation. Incision à droite. Liquide séreux. Exsudats fibrineux sur les intestins. Sur l'iléon, une perforation ; à 10 centimètres au-dessus, une autre plus grande. Suture. Tamponnement.

*Mort* huit heures après.

*Autopsie.* — Péritonite aiguë purulente ; ulcérations typhiques sur l'iléon.

350. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 17.)

Août 1903. — Homme, vingt-neuf ans. Fièvre typhoïde normale. Perforation au milieu de la troisième semaine. Le matin, forte douleur abdominale ; ventre ballonné, douloureux à la palpation ; pouls au-dessous de la moyenne. Le soir, traits tirés ; Pouls. 144 ; respiration superficielle ; tympanisme de la région hépatique ; ventre un peu ballonné, tendu, douloureux, surtout en bas et à droite.

*Opération* douze heures après la perforation. Incision à droite. Liquide séreux, sans odeur. Beaucoup de pus dans le petit bassin. Sur l'iléon, perforation de 1 millimètre. Excision. Tamponnement.

*Mort* dix heures après.

Pas d'autopsie.

351. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 18.)

Novembre 1903. — Homme, trente ans. Fièvre typhoïde normale. Perforation au début de la quatrième semaine. Douleur abdominale. Ventre ballonné, douloureux, tendu, tympanique ; pouls 132 ; respiration 54 ; état général très mauvais.

*Opération* quinze heures après la perforation. Incision médiane. Beaucoup de liquide avec odeur fécaloïde. Sur l'iléon, perforation de la grosseur d'un pois. Suture. Tamponnement.

*Mort* cinq heures après.

*Autopsie.* — Péritonite aiguë purulente, ulcérations typhiques sur l'iléon ; inflammation typhique des ganglions mésentériques.

352. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 19.)

Décembre 1903. — Homme, vingt-trois ans. Perforation à la fin de la dixième semaine de la fièvre typhoïde. Onze heures après,

pouls petit à 120, vomissements, facies souffrant, ventre très tendu, douloureux partout et ballonné, matité hépatique diminuée.

*Opération* quinze heures après la perforation. Ether-chloroforme. Incision à droite. Beaucoup de liquide séro-purulent, surtout dans le petit bassin. Sur l'iléon, perforation de la grosseur d'un pois. Suture à deux étages. Tamponnement.

Faiblesse, langue sèche, pouls petit et fréquent, vomissements, ventre ballonné.

*Mort* presque trois jours après l'opération.

*Autopsie.* — Péritonite aiguë fibrineuse; ulcérations typhiques sur l'iléon; paralysie intestinale.

353. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 20.)

Janvier 1894. — Homme, dix-neuf ans. La veille, ne souffrait que de constipation. Le soir, forte douleur dans l'abdomen, surtout dans la région cæcale, vomissements, frissons, fièvre, sueurs. Infiltration qui augmente les jours suivants, et, six jours après, va du petit bassin jusqu'aux os iliaques; frissons, fièvre.

*Opération* quinze jours après la perforation. Incision à droite. A côté du cæcum, légère suppuration. Tamponnement. Après l'opération, signes de péritonite, vomissements, hoquet.

*Mort* neuf jours après.

*Autopsie.* — Péritonite aiguë purulente; ulcérations sur l'iléon avec une perforation.

354. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 21.)

Mars 1897. — Homme, quarante-sept ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. A la fin de la première semaine, fortes douleurs abdominales. Puis, signes de péritonite.

*Opération* quatre jours après. Incision à droite. Beaucoup de liquide purulent visqueux. Sur l'iléon, perforation de 2 centimètres de diamètre. Elle fut suturée à l'incision abdominale. Drainage. Tamponnement de la cavité abdominale.

Deux jours après l'opération, disparition des signes de péritonite. Pas de selle; toutes les matières fécales passent par le drain. Anorexie. Beaucoup de râles dans les poumons et toux. Maladie s'affaiblit.

Treize jours après la première opération, on tente de fermer la plaie. *Anastomose entre l'iléon et le côlon ascendant.*

*Mort* le même jour.

355. — *Lavroff B B.* (*Ibid.*, cas 22.)

Mai 1895. — Homme, vingt-sept ans. Début brusque en bonne santé ; dans la nuit, douleur abdominale, vomissements, faiblesse générale. Vomissements toute la journée du lendemain. Puis, œdème au niveau de la fosse iliaque droite. Rétention d'urine.

*Opération* deux jours et demi après la perforation. Incision à droite. A côté du cæcum, perforation en fente de 2 cm. 5 de long. Exsudats fibrineux sur les intestins. Résection de 12 centimètres d'intestin. Suture à la Czerny-Lembert. Tamponnement.

Vomissements, hoquet, ventre douloureux et ballonné.

*Mort* neuf jours après l'opération.

*Autopsie.* — Pneumonie aiguë du poumon droit; péritonite aiguë fibrineuse autour de la perforation ; ulcérations typhiques sur l'iléon.

356. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 23.)

Avril 1899. — Homme, vingt-cinq ans. Perforation à la fin de la troisième semaine de la fièvre typhoïde. A 5 heures du soir, douleur brusque de l'abdomen, vomissements, hoquet. Tympanisme, ventre ballonné et douloureux.

*Opération* deux jours après la perforation. Incision à droite. Beaucoup de gaz libres dans le péritoine. Pas de liquide. Sur l'iléon, perforation de 1 centimètre de diamètre. Suture en surjet. Tamponnement.

Pendant cinq jours, amélioration; pas de signes de péritonite. Alors, toux, traits tirés, pouls faible, moins de selles; vomissements; pansement rempli de matières fécales ; plaie sale avec escarres par places.

*Mort* sept jours après l'opération.

*Autopsie.* — Broncho-pneumonie aiguë dans les deux poumons ; péritonite purulente généralisée ; anses intestinales agglutinées par exsudats fibrineux.

357. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 24.)

Avril 1900. — Homme, vingt-cinq ans. Perforation à la fin de la première semaine de la fièvre typhoïde : douleur brusque dans la partie inférieure de l'abdomen, vomissements et diarrhée.

*Opération* quarante-huit heures après. Incision à droite. Liquide séro-purulent. Exsudats sur les intestins. Dans le bassin, beaucoup de pus. Sur l'iléon, perforation ronde avec infiltration autour. Excision. Suture. Tamponnement.

Pendant les jours suivants, amélioration des symptômes abdo-

minaux ; développement progressif d'ictère ; symptômes de bronchite ; faiblesse croissante du pouls.

*Mort* onze jours après l'opération.

*Autopsie.* — Ictère très prononcé ; commencement de cirrhose du foie ; angiocholite aiguë purulente ; pleuro-pneumonie gauche aiguë ; néphrite aiguë purulente ; péritonite aiguë purulente ; ulcérations typhiques sur l'iléon ; adhérences fibrineuses entre l'épiploon et les intestins.

358. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 25.)

Janvier 1900. — Homme, vingt-sept ans Fièvre typhoïde normale. Perforation à la fin de la troisième semaine, le soir : deux selles avec beaucoup de douleur, vomissements, ventre tendu, température 39°5.

*Opération* deux jours après. Incision à droite. Beaucoup de pus avec odeur fécaloïde. Exsudats fibrino-purulents. Sur l'iléon, perforation à bords infiltrés, Excision. Suture. Tamponnement.

Faiblesse croissante. Ballonnement du ventre.

*Mort* dix sept jours après l'opération.

*Autopsie.* — Commencement de cirrhose du foie ; péritonite aiguë purulente ; ulcérations typhiques sur l'iléon ; adhérences fibrino-purulentes entre l'épiploon et les intestins.

359. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 26.)

Janvier 1901. — Homme, vingt ans. Fièvre typhoïde, avec constipation. Deux jours avant la perforation, purgation. Perforation à la fin de la troisième semaine ; le soir, forte douleur abdominale. Ventre tendu, ballonné, tympanique ; disparition de la matité hépatique ; pouls mauvais à 120.

*Opération* dix-huit heures après la perforation. Beaucoup de liquide séro-purulent, sans odeur. Perforation sur le milieu de l'iléon. Suture. Tamponnement.

Seize jours après, fièvre tombe. Apparition de pneumonie. Le dix-huitième jour, 39°6 avec frissons, douleur de la région hépatique. Ictère croissant. Deux ponctions de la plèvre droite donnent du liquide séreux. Faiblesse.

*Mort* un mois après l'opération.

*Autopsie.* — Pleurésie aiguë purulente droite, avec beaucoup de liquide ; péritonite purulente généralisée ; ulcérations typhiques sur l'iléon.

360. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 27.)

Décembre 1903. — Homme, dix-sept ans. Malade depuis deux semaines : céphalée, malaise général, frissons. Dans les derniers huit jours, douleur abdominale à droite, puis généralisée. Selle après purgation. Vomissements la veille et le jour de l'entrée à l'hôpital. A l'entrée, ventre douloureux, surtout à droite ; parois tendues, pouls 114.

*Opération* à deux heures du matin, la même nuit. Incision à droite. Sur l'iléon, perforation de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à bords infiltrés. Suture à 2 étages. Tamponnement.

*Mort* sept jours après l'opération.

*Autopsie*. — Péritonite purulente aiguë avec beaucoup de liquide purulent ; ulcérations typhiques sur l'iléon.

361. — *Lavroff B. B.* (*Ibid.*, cas 28.)

Août 1903. — Homme, trente-deux ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Perforation au milieu de la quatrième semaine ; à cinq heures du soir, brusque douleur abdominale, vomissement, pouls 100. Ventre tendu ; miction difficile.

*Opération* trente-six heures après la douleur. Chloroforme. Beaucoup de liquide séro-purulent dans le péritoine. Exsudats sur les intestins. Perforation de la grandeur d'une pièce de 2 francs, entourée d'infiltration. Suture à deux étages à la Lembert. Drainage dans tous les sens. Pansement sec aseptique.

Six jours après, symptômes de péritonite disparus ; alimentation par la bouche. Suppuration de la plaie, qui nécessite une *deuxième intervention* sous chloroforme deux mois après, et ensuite des cautérisations et des curettages.

*Guérison* définitive cinq mois après la première opération.

362. — *Le Conte R. G.* (*Annales of Surgery*, 1901, XXXIII, p. 645.)

Décembre 1896. — Homme, vingt-trois ans. Pris, pendant son travail, de douleur au creux de l'estomac ; était constipé et sans appétit. Douleur vite localisée à la fosse iliaque droite, devient très forte ; frissons, pas de vomissements, épistaxis, céphalée, rachialgie, température 38,8, pouls 88. Abdomen tympanique, distendu ; rigide; sensibilité exquise dans la fosse iliaque droite, avec petite tumeur.

*Opération* environ trois jours après le début. Ether. Incision au niveau de la tumeur. Liquide séreux et flocons de lymphe. Une

anse d'intestin, enflammée, de 15 à 20 centimètres de long est repliée sur elle-même et fixée par des adhérences récentes. Cinq à six taches, de la grosseur d'une petite olive, de coloration pourpre, avec, au centre, un noyau de gangrène noir bleuâtre ; situées sur iléon, cæcum et côlon ascendant. Cette zone est entourée de gaze, après résection de l'appendice. Deux points de suture aux angles de l'incision ; le reste de la plaie bourré de gaze.

Trente-six heures après l'opération, à travers l'incision, débâcle de pus et de matières fécales, qui diminua au bout de dix jours ; fistule fermée un mois après. En même temps, évolution d'une fièvre typhoïde typique ; Widal positif.

*Guérison* complète cinquante jours après l'opération.

363. — *Le Conte R.* (J. Alison Scott, *University of Pennsylvania Medical Bulletin*, 1905-1906, XVIII, pp. 111-127, cas 3. — *Pennsylvania Hospital Records.*)

Juillet 1901. — Homme, trente ans. Fièvre typhoïde avec vomissements, diarrhée, violente douleur abdominale. Le quinzième jour, douleur abdominale généralisée ; matité à la base du poumon droit. Le seizième jour, ballonnement, rigidité, surtout dans les parties supérieures de l'abdomen ; matité hépatique diminuée ; facies hippocratique ; leucocytes : 5.000, 3.840, 3.000.

*Opération* à 11 heures du soir. Incision dans la région abdominale droite supérieure. Pas de cholécystite. Appendice normal. Sur une anse de l'iléon, adhérente à la paroi, plaque nécrotique suivant l'axe longitudinal de l'intestin, prête à se perforer. Péritonite généralisée.

*Mort.*

Pas d'autopsie.

364. — *Le Conte R.* (*Ibid.*, cas 18.)

Janvier 1903. — Homme, dix-neuf ans. Fièvre typhoïde grave. Le douzième jour, légère hémorragie intestinale. Constipation pendant trois jours avant la perforation. Le dix-neuvième jour, à 9 h. 50 du matin, soudaine douleur abdominale ; rigidité très marquée du côté droit. Sensation de froid. Respiration costale. Selle jaune abondante. Le lendemain, ventre légèrement rétracté ; rigidité musculaire à droite ; sensibilité marquée de la région abdominale droite supérieure. Leucocytes : 7.100.

*Opération* trente heures et demie après le début de la douleur. Petite perforation à 30 centimètres de la valvule, sur l'iléon.

*Mort* soixante-douze heures après, de péritonite généralisée.

*Autopsie.* — Péritonite généralisée ; nouvelle perforation sur l'iléon à 20 centimètres de la valvule.

365. *Le Conte R.* (*Pennsylvania Hospital Records*, Philadelphia. — Harte and Ashhurst, cas 197.)

Perforation intestinale typhique.

*Opération.*

*Mort.*

366. — *Le Conte R.* (*Annals of Surgery*, 1904, XXXIX, p. 118, cas 1.)

Septembre 1903. — Homme, trente-huit ans. Fièvre typhoïde de gravité moyenne durant, avec la convalescence, cinquante-six jours. Vingt-trois jours après, rechute grave. Perforation dans la deuxième semaine. Douleur abdominale pendant la journée, devenant intense à 7 h. 30 du soir. Chute de température de 38°4 à 36°5, pouls 100. Trois heures après : sueurs profuses ; abdomen tympanique, rigide et sensible, surtout à droite.

*Opération* six heures et demie après la douleur intense, quinze ou dix-huit heures après les premières douleurs. Ether. Incision sur la ligne semi-lunaire droite. Liquide trouble, sans odeur. Sur l'iléon, à 20 centimètres du cæcum, sur une large plaque enflammée, perforation de la grosseur d'une mine de crayon. Suture continue de Lembert à la soie, renforcée par trois ou quatre points interrompus. Lavage avec solution salée (table opératoire inclinée pour faire tomber les liquides dans le pelvis et le côté droit). Pelvis asséché ; un tube de caoutchouc au fond ; cinq mèches de gaze entre les anses. Un seul point sur l'incision abdominale, le reste comblé avec la gaze. Durée : trente minutes.

Température normale huit jours après l'opération. Convalescence ininterrompue.

*Guérison.*

367. — *Le Conte R.* (J. Alison Scott, *University of Pennsylvania Medical Bulletin*, 1905-1906, XVIII, pp. 111-127, cas 35.)

Juin 1903. — Garçon, treize ans. Typhoïde d'intensité modérée. Le quinzième jour, douleur sévère dans la région iliaque gauche, mais durant peu de temps. Sensibilité sur le bas-ventre, avec légère rigidité, sans distension ; légère augmentation du pouls. Le lendemain, frisson, douleur abdominale plus marquée du côté droit ; rigidité marquée. Un autre frisson, avec un autre paroxysme

de douleur ; ascension de température à 40°7 et chute consécutive à 38°3.

*Opération.* — Liquide louche dans le péritoine. Petite perforation sur l'iléon.

*Guérison.*

368. — *Legueu F.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 17 mars 1908, XXXV, n° 10, p. 347, cas 2. — Barbier et Herrenschmidt, *Bulletins de la Société de Pédiâtrie* décembre 1899. — N. Mauger, Thèse de Paris, juillet 1900, p. 107, cas 43.)

Septembre 1899. — Fille, onze ans et demi. Fièvre typhoïde avec symptômes digestifs marqués et constipation. Le douzième jour, diarrhée profuse. Perforation dans la nuit suivante. Douleurs abdominales revenant par accès et hoquet. A 6 heures du matin, 38 degrés et signes de péritonite, pouls 150. A 9 heures, température 37°6. Crise douloureuse ; collapsus ; facies grippé ; pas de vomissements ; ventre légèrement ballonné, tendu, douloureux à la palpation, plus à droite ; pouls 160, très petit.

*Opération* seize heures après la perforation. Incision médiane sous-ombilicale. Liquide louche, floconneux, peu abondant. Intestins congestionnés. A 15 centimètres du cæcum, perforation cratériforme, entourée de fausses membranes. Enfouissement sous deux rangs de sutures de Lembert au catgut fin. Encapuchonnement sous de l'épiploon ; double rang de points séro-épiploïques. Lavage à l'eau bouillie. Deux gros drains, avec mèches de gaze stérile.

*Mort* huit heures et demie après.

*Autopsie.* — Lésions typhiques ; péritonite ; quelques adhérences.

369. — *Legueu F.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 26 décembre 1900, p. 1156 ; *ibid.*, 17 mars 1908, p. 347, cas 1. — Loison, *Revue de Chirurgie*, 1901, XXIII, p. 179.)

Novembre 1900. — Garçon, quinze ans. Fièvre typhoïde normale. Le vingtième jour, à midi, douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Contracture de la paroi ; chute de température à 38 degrés (39°4 le matin), pouls petit et filant.

*Opération* six heures après le début. Flot de liquide puriforme. Sur le bord libre de l'iléon, à 25 centimètres du cæcum, perforation de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Autour, paroi épaissie et friable, que coupent les fils. Greffe épiploïque. Lavage à l'eau bouillie. Drainage du petit bassin. Suture partielle de la paroi.

Situation grave les premiers jours ; le cinquième jour, fistule stercorale ; alors la température baisse et l'état général s'améliore. Fermeture spontanée de la fistule au bout de vingt jours.

*Guérison* complète.

370. — *Legueu F.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 17 mars 1908, p. 347, cas 3.)

Août 1901. — Femme, trente-deux ans. Perforation à 3 heures du matin, dans la troisième semaine d'une fièvre typhoïde.

*Opération* onze heures après. Perforation punctiforme sur l'iléon, à 22 centimètres du cæcum Suture. Drainage.

*Mort*.

371. — *Legueu F.* (*Ibid.*, cas 4.)

Novembre 1902. — Femme, trente-deux ans. Le onzième jour de la fièvre typhoïde, douleurs abdominales vives. Ballonnement.

*Opération* quatre jours après. Incision médiane. A 10 centimètres du cæcum, perforation des dimensions d'une tête d'épingle, entourée de fausses membranes.

*Mort* deux jours après.

372. — *Lejars.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, novembre 1895.)

Homme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde grave.

*Opération* seize heures après le début des signes de perforation. Ether. Grande quantité de liquide séreux dans la fosse droite. Appendice normal. A 20 centimètres du cæcum, sur le bord convexe de l'iléon, perforation admettant l'extrémité de l'index. Cinq sutures à la Lembert. Pas d'autre perforation. Gaze iodoformée.

*Mort* (de sa fièvre typhoïde, et non de sa perforation).

*Autopsie*. — Suture étanche ; intestins adhérents ; petite quantité de liquide non purulent ; lésions typhiques étendues et graves.

373. — *Lejars.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 25 novembre 1896.)

1893. — Garçon, douze ans. Perforation le dixième jour environ d'une maladie mal déterminée. Signe de péritonite grave.

*Opération* le lendemain. Abondante quantité de pus séreux dans le petit bassin et les fosses iliaques. Appendice normal. Vers le milieu de l'iléon, perforation ronde, de la largeur du petit doigt,

entourée d'un bord mince, et occupant le centre d'une plaque rouge foncé. Plusieurs autres plaques, non perforées, sur l'iléon. Orifice avivé et suturé par deux plans à la soie fine. Drainage à la gaze aseptique.

*Mort* le lendemain.

*Autopsie.* — Il s'agissait nettement d'une fièvre typhoïde.

374. — *Lejars*. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 26 décembre 1900, p. 1158. — N. Mauger, Thèse de Paris, juillet 1900, p. 93, cas 35.)

Décembre 1899. — Etudiant en médecine, vingt-et-un ans. Fièvre typhoïde très grave, succédant à l'absorption accidentelle de bouillon d'Eberth très virulent. Le douzième jour, à 3 heures du matin, après le bain, douleurs très vives dans la fosse iliaque droite ; pas de vomissements, ni de nausées ; pouls 148, petit. Dans la journée, nausées, vomissements verdâtres. Pouls 154, filiforme, délire, selles diarrhéiques, douleur diminuée. Le lendemain, faiblesse croissante, pas de selles depuis la veille, tous les signes de péritonite (ballonnement, météorisme, hyperesthésie, facies, sonorité hépatique).

*Opération* trente-sept heures après le début. Chloroforme. Incision médiane. Grande quantité de liquide putride, fécaloïde. Sur l'iléon, à deux ou trois doigts du cæcum, perforation de la grandeur d'une pièce de 1 franc, à bords sphacélés. Deux plans de suture à points séparés. Lavage à l'eau bouillie. Drainage.

*Mort* six heures après (une heure avant, température 41°3).

375. — *Leriche*. (*Mouisset et Jouffray*, *Société des Sciences médicales de Lyon*, 5 décembre 1906. — *A. Poncet*, *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 7 avril 1908, t. XXXIV, p. 500.)

Novembre 1906. — Homme, trente et un ans. Fièvre typhoïde légère Le dixième jour, à 2 heures après-midi, au moment d'un bain, brusque douleur dans le ventre, contracture des droits, pouls ample à 70, température 39°2.

*Opération* deux heures et demie après le début. Liquide jaunâtre, louche, avec quelques grumeaux fécaloïdes. Sur l'iléon, à 20 centimètres du cæcum, perforation à l'emporte-pièce des dimensions d'une tête d'épingle. Suture séro-séreuse d'enfouissement à deux plans, greffe épiploïque. Asséchement du ventre ; drainage à la gaze. Durée : vingt-minutes.

Les jours suivants, aucun signe de réaction péritonéale, pas de ballonnement, selle. Facies et pouls bons. Le quatrième jour, brusquement, sans douleurs, pouls incomptable, facies grippé, langue sèche ; pas de vomissement, ni de ballonnement, écoulement considérable de pus par la plaie abdominale.

*Mort* le soir.

*Autopsie* impossible. Probablement, nouvelle perforation.

376. — *Leriche*. (A. Poncet, *Bull. et Mém. id.*)

Femme, quarante ans, entre à l'hôpital le 11 février 1907. Depuis huit jours, malaise croissant, avec fièvre légère et nausées. Constipation opiniâtre depuis les derniers jours. Ventre ballonné. Langue sèche, quelques nausées. Deux de ses enfants sont en traitement à l'hôpital pour fièvre typhoïde.

*Opération*. — Ventre rempli de pus. Fin de l'iléon couverte de plaques de Peyer hypertrophiées et enflammées. Sur l'une d'elles, perforation punctiforme, qui est abouchée à la peau. Colpotomie évacuant beaucoup de pus du Douglas. Drainage des deux fosses iliaques.

*Mort* au troisième jour, avec le tableau complet de la péritonite diffuse.

377. — *Levison*. (William C. Vorsanger, *American Medicine*, 1903, VI, p. 318.)

Homme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde sévère. Le vingt-huitième jour, chute de température au-dessous de la normale : abdomen distendu, douloureux, tympanique ; plusieurs vomissements vert noirâtre ; quelques gaz ont passé.

*Opération* trente-six heures après. Morphine ; cocaïne locale et éther. Incision sur le bord externe du droit. Sérum clair. Intestins rouges et adhérents entre eux. Matières fécales. Sur l'iléon, perforation transversale de 1 cm. 5 de long. Suture impossible : tissus trop friables. Etablissement d'un anus artificiel. Nettoyage à la gaze et lavage avec solution saline. Drainage à la gaze.

*Nouvelle opération* deux semaines après, pour fermer l'anus, l'état général étant très satisfaisant. Au bout de trois jours, l'ouverture se reproduit, moitié plus petite. Un autre essai, sans plus de succès. Une large escarre de décubitus sur le sacrum, et une bronchopneumonie ont guéri. L'alimentation graduellement augmentée doit être très diminuée, le vingt-sixième jour après l'opération, la température ayant été élevée (39°5) depuis trois jours. Etat géné-

ral bon. Puis, température le plus souvent subnormale, pouls devient très rapide (120 à 140), anorexie, dyspnée légère.

*Mort* quarante-trois jours après la première opération.

*Autopsie.* — Partie inférieure de cavité abdominale remplie de pus et de fèces. Intestins adhérents entre eux et au péritoine pariétal. Liquide sanguinolent dans le péricarde. Petits abcès à la base du poumon droit. Large abcès sous-phrénique, s'étendant le long de la colonne jusqu'au fond du pelvis, s'ouvrant en avant dans l'incision opératoire. Sur l'intestin, deux ulcérations étendues jusqu'à la séreuse.

378. — *Lilienthal* (Morris Manges, *Journal of the American Medical Association*, 1905, XLV, p. 1019, cas 10.)

Janvier 1903. — Homme, trente-huit ans. Fièvre typhoïde très grave, avec température très élevée (40°5, 41, jusqu'à 41°7 la veille de la perforation), et constipation opiniâtre. Le dix-huitième jour, à 4 h. 30 du matin, douleur abdominale aiguë et généralisée ; rigidité et sensibilité surtout dans la fosse iliaque droite. Disparition de la matité hépatique ; température 40, pouls 112. (A minuit, température était 40° 8, pouls 120).

*Opération.* — Liquide fécal dans le péritoine. Perforation à la partie inférieure de l'iléon. Suture.

*Mort* huit heures après. Pas d'autopsie.

379. — *Lilienthal* (*Ibid.*, cas 16.)

Octobre 1903. — Homme, seize ans. Fièvre typhoïde très grave. Perforation le vingt-troisième jour ; mais début insidieux, le malade étant dans le délire. A six heures du matin, abdomen distendu, douloureux, tympanique ; disparition de la matité hépatique ; chute de température, de 40 degrés à 3 heures du matin, à 38° 8 ; pouls 88. Ni vomissements, ni frissons. Température remonte à 40° 3, pouls à 130, le soir.

*Opération* le lendemain à midi. Perforations très bas sur l'iléon, couverte avec de l'épiploon. Adhérences fibrineuses. Pas de gaz libres, ni de matières fécales dans le péritoine ; seulement liquide trouble. Suture.

Vomissements continuels.

*Mort* quatre jours après l'opération.

380. — *Lilienthal.* (*Ibid.*, cas 19.)

Décembre 1903. — Homme, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïd

ambulatoire. Le quinzième jour, douleur abdominale intense, soudaine, « en coup de bâton », frissons, vomissements qui se répètent tous les quarts d'heure. Le lendemain, température 40°7, pouls 110, respiration 26, leucocytes 14.200 ; abdomen rétracté et sensible, surtout au niveau du flanc gauche, où existe de la matité, parois rigides, tympanisme, diminution de la matité hépatique.

*Opération* quarante-huit heures après la douleur. Incision médiane. A gauche, large abcès rempli de matières fécales. Drainage.

Evolution ultérieure de la fièvre typhoïde, à forme grave, compliquée par une pneumonie, et une otite moyenne droite, nécessitant la perforation du tympan. Température normale un mois après l'opération : fistule stercorale fermée vingt jours plus tard.

*Guérison.*

381. — *Loison* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 5 décembre 1900, p. 1078).

Septembre 1900. — Soldat, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde d'intensité moyenne. Le seizième jour, à 3 heures du matin, vive douleur dans la fosse iliaque droite ; pouls monte de 90 à 120. Pas de vomissements. Rétention d'urine. Signes de péritonite.

*Opération* quinze heures après le début. Chloroforme. Incision médiane. Grande quantité de liquide jaune sale avec grumeaux blanchâtres ; pas de gaz ni de matières fécales. Sur l'iléon à 40 ou 50 centimètres de la valvule, perforation de la grosseur d'une petite lentille. Suture en bourse à la soie fine ; et cinq à six points séparés à la Lembert, parallèlement au grand axe de l'intestin. Irrigation à l'eau boriquée, puis au sérum très chaud. Portion suturée maintenue vis-à-vis de la plaie par deux compresses de gaze, l'une en dessous, l'autre en dessus. Suture de la partie supérieure de l'incision. Gros drain dans une compresse de gaze au contact de la suture intestinale. Durée : quarante minutes.

Amélioration. Hoquet violent et continu, disparaît six jours après. Injections de sérum. Pansement humide pendant six jours puis pansement sec. Empyème interlobaire gauche ; ouverture. Fièvre continuant, résection costale un mois après.

*Guérison.*

382. — *Lison.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 17 mars 1908, p. 348.)

Août 1903. — Caporal au 3e de ligne. Fièvre typhoïde ; séro-diagnostic positif. Le vingt-cinquième jour, à 11 heures du matin, en se levant pour aller à la selle, vive douleur dans la région hypogastrique, se diffusant ensuite dans tout le bas-ventre. Pas de vomissements, de météorisme, de contracture de la paroi ; pas de modifications de la température (38°8, 39 degrés) ; pouls 88, fort et régulier.

*Opération* six heures après le début. Chloroforme. Incision médiane. Issue de liquide jaune trouble, avec flocons fibrineux. Intestins rouges. Cæcum et appendice sains. Sur le bord libre de l'iléon, à 40 centimètres de la valvule. perforatiou de la grosseur d'un grain de riz. Suture en bourse au fil de lin ; et au-desssus, 5 à 6 points à la Lembert, perpendiculairement à l'axe de l'intestin. Anse maintenue au contact de l'incision pariétale. Pas d'autre perforation. Pas de lavages. Ecouvillonnage du petit bassin avec des compresses de gaze. Gros drain de caoutchouc capitonné de gaze. Deux points de suture à chaque extrémité de l'incision.

Le lendemain, le ventre, souple le matin, se ballonne l'après-midi. Ballonnement devient considérable ; douleurs abdominales ; vomissements devenant incessants ; accélération du pouls 104, 124, 140, température entre 37°5 et 38 degrés.

*Mort* trois jours après l'opération.

Pas d'autopsie.

383. — *Long J. W.* (*Surgery, Gynecology and Obstetries*, mars 1907, IV, p. 301, cas 1.)

Homme, vingt-deux ans. Fièvre tSphoïde typique. Le trentième jour, température 36°9, pouls 70, à 9 heures du matin. A ce moment, après avoir pris du bouillon, douleur abdominale sévère. A 10 heures et demie, température 36°4, pouls 60. Développement rapide de rigidité, sensibilité et tympanisme.

*Opération* cinq heures après le début des accidents. Ether. Péritonite diffuse. Grande quantité de sérum et de liquide fécaloïde. A 30centimètres du cæcum très petite perforation d'environ 2 lignes de diamètre, sur une ulcération de 4 à 6 centimètres de diamètre. Dans les 60 centimètres voisins, quatre autres ulcérations sur le point de se perforer. Enfouissement et suture de ces ulcérations. Suture de la perforation aux lèvres de l'incision abdominale. Lavage avec solution salée. Un tube de drainage fendu dans le pelvis, et un dans la fosse rénale droite.

Disparition rapide de la douleur, la rigidité, la sensibilité et le tympanisme. Mais, développement d'une dilatation aiguë de

l'estomac ; celui-ci constamment distendu par de grandes quantités de liquide verdâtre, malgré les lavages répétés.

*Mort* le neuvième jour, deux cents heures après l'opération.

384. — *Long J. W.* (*Ibid.*, cas. 2.)

Juillet 1906. — Homme, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïde typique. Température normale le vingt et unième jour. Diète liquide, puis diète molle ; malade se lève. Dix jours après la disparition de la fièvre, peu après minuit, douleur abdominale sévère, autour de l'ombilic.

*Opération* huit heures après. Ether. Incision à droite à travers le muscle droit. Cavité pleine de séro-pus. Péritonite étendue. Rien sur l'iléon, le cæcum et l'appendice. Perforation sur un diverticule de Meckel, des dimensions d'un œuf de poule, caché entre les plis du grand épiploon, et venant de l'extrémité proximale du côlon transverse ; sa cavité ne communique pas avec l'intestin. Ligature et ablation. Lavage de l'abdomen. Drainage. Fermeture partielle de l'incision. Lit placé en position de Fowler exagérée.

*Guérison* rapide et ininterrompue.

385. — *Lothrop H. A.* (John C. Munro, *Boston Medical and Surgical Journal*, 5 février 1903, CXLVIII, p. 149, cas 11.)

Homme, vingt-neuf ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Perforation dans la quatrième semaine ; douleur abdominale aiguë, soudaine ; frisson. Plusieurs vomissements. Légère distension, tympanisme et contracture généralisée, plus marqués à droite.

*Opération* quatorze heures après. Ether. Incision médiane. Liquide bouillon de poulet dans l'abdomen. Deux perforations sur l'iléon, à 7 cm. 5 de la valvule. Suture à la soie. Lavage. Paroi suturée.

Le lendemain, amélioration ; crampes abdominales, non localisées ; selle : légère distension ; ni nausées, ni vomissements. Subitement, agitation, puis coma.

*Mort* cinq jours après l'opération ; vraisemblablement de sa typhoïde, car absence de signes d'infection péritonéale.

Pas d'autopsie.

386. — *Love A.* (*Glascow Medical Journal*, 1903, LX, p. 13, cas 1.)

Novembre 1900. — Homme, dix-sept ans et demi. Fièvre typhoïde grave, avec distension abdominale. Le quinzième jour, à

10 h. 30 du matin, soudainement, acension du pouls de 96 à 120, et chute de température de 38°3 à 37°2 ; pas de douleur spontanée, mais à la palpation ; rigidité légère. Leucocytes : 21.000.

*Opération.* — Petite quantité de liquide fécaloïde ; intestin injecté. Petite perforation en tête d'épingle. Suture. Drainage.

Ascension continue du pouls ; température 39°4 et 50°2 ; affaiblissement.

*Mort* moins de douze heure après l'opération.

387. — *Love A.* (*Ibid.*, cas 2.)

Décembre 1900. — Homme, seize ans. Fièvre typhoïde typique. Le vingt-quatrième jour, légère douleur abdominale. A 6 heures du soir, douleur abdominale, face anxieuse ; quelques pulsations en plus ; chute de température de 39°2 à 38°8. Rigidité, surtout à droite ; matité dans les flancs ; sensation de flot dans le flanc droit.

*Opération* trois heures trente après la douleur intense. Beaucoup de liquide trouble ; fausses membranes agglutinant les anses dans le bassin. Perforation. Suture. Lavage. Deux tubes de drainage.

Amélioration ; température entre 37°2 et 37°8, pouls entre 100 et 120. Après un lavement, selle contenant trois onces de sang. Ecoulement de pus. Le vingt-deuxième jour, apparition d'une fistule fécale : perforation probablement plus haute dans l'intestin, car du charbon administré par la bouche passe trois heures après par l'incision. D'où, affaiblissement du malade par absorption insuffisante ; lavements nutritifs. Fermeture graduelle de la fistule.

*Guérison.*

388. — *Love A.* (*Ibid.*, cas. 3).

Janvier 1901. — Femme. Fièvre typhoïde grave avec température élevée. Le huitième jour, douleur abdominale sévère, légère rigidité de la partie inférieure de l'abdomen ; facies normal. Leucocytes : 5.000. Douleur disparaît. Les treizième et quatorzième jours, quelques petits caillots de sang dans les selles. A 4 heures du matin, le quinzième jour, douleur abdominale intense ; un peu de sensibilité dans la région iliaque droite ; pas de changements du pouls et de la température ; leucocytes : 7.500. A 10 heures, aggravation, douleur plus violente ; leucocytes 9.000.

*Opération* dix heures après le début des accidents. Perforation, suture.

Le lendemain, amélioration considérable. Dans l'après-midi, nouvelle douleur abdominale, deux ou trois vomissements,

ascension du pouls de 113 à 148, chute de température de 39 degrés à 36°3 ; écoulement fécaloïde par la plaie : nouvelle perforation.

*Mort* dix-huit à vingt heures après ; quarante-trois heures vingt minutes après l'opération.

389. — *Love A. (Ibid.*, cas 4.)

Janvier 1901. — Homme, dix-neuf ans. Fièvre typhoïde grave, avec toxémie prononcée, et diarrhée très abondante. Le vingt quatrième jour, quelques caillots de sang dans les selles. Le trente-et-unième, caillots de sang dans une selle ; le trente deuxième, deux hémorragies intestinales. Ce même jour, à 3 h. 45 après-midi, sévère douleur abdominale ; tympanisme ; disparition de la matité hépatique, rigidité marquée.

*Opération* trois heures après. Beaucoup de gaz, et liquide fécaloïde. Deux larges perforations. Suture. Lavage avec solution salée. Drainage.

*Mort* douze heures après.

390. — *Love A.* (*Ibid.* cas 7).

Octobre 1901. — Femme, vingt-deux ans. Fièvre typhoïde typique. Elle avait accouchée cinq jours après le début de la maladie. Le dix-septième jour, à 2 heures du matin, une douleur torturante dans le côté gauche de l'abdomen, réveille la malade ; face pincée ; abdomen immobile et rigide ; respiration thoracique ; pouls 128, température tombée à 36°3.

*Opération* deux heures et demie après. Deux perforations. Suture. Quatre autres ulcérations tout à fait sur le point de se perforer. Suture.

Ascension du pouls jusqu'à 160, de la température jusqu'à 40°8.

*Mort* dix-neuf heures trois quarts après l'opération.

391. — *Love A.* (*Ibid.*, cas 8.)

Novembre 1901. — Garçon, neuf ans et demi. Fièvre typhoïde grave. Perforation dans la troisième semaine. A 6 heures du matin, chute de température de 39°5 à 36°3, du pouls de 116 à 100 ; pas de douleur ; rigidité marquée localisée au côté droit ; douleur à la palpation, légère distension.

*Opération* neuf heures après le début des accidents. Perforation sur la partie inférieure de l'iléon. Suture.

Ascension graduelle du pouls, avec hypothermie.

*Mort* quarante-huit heures après l'opération.

*Autopsie.* — Suture parfaite.

392. — *Love A.* (*Ibid.*, cas 9.)

Décembre 1901. — Femme, vingt-neuf ans. Fièvre typhoïde grave. Le vingt-et-unième jour, à 7 heures du soir, douleur abdominale ; pas de changement de la température et du pouls ; un peu de rigidité, de sensibilité, et matité, dans la fosse iliaque droite ; pas de distension.

*Opération* une heure et demie après la première douleur. Sur l'iléon, deux perforations en pointe d'épingle, et une ulcération couverte seulement par le péritoine. Sutures. Pendant dix-sept heures, amélioration nette ; disposition des signes abdominaux ; mais, apparition de congestion pulmonaire.

*Mort* quarante-huit heures après l'opération.

*Autopsie.* — Pas de péritonite ; ulcération étendue des 10 derniers centimètres de l'iléon.

393. — *Love Andrew.* (*Ibid.*, cas 12.).

Décembre 1901. — Homme, trente-trois ans. Fièvre typhoïde grave. Le dix-septième jour, soudaine douleur aiguë dans l'abdomen ; vomissements. Frisson intense, prolongé. Ascension de température de 39°4 à 41 degrés ; du pouls de 120 à 128. Sensibilité exquise à la palpation ; rigidité généralisée ; présence de liquide dans l'abdomen ; tympanisme marqué.

*Opération* deux heures après le début. Écoulement abondant de liquide séreux. Intestins congestionnés ; péritonite très marquée ; partie inférieure de l'iléon couverte de lymphe. Pas de perforation trouvée. A 30 centimètres de la valvule, deux ulcérations presque perforées ; enfouies sous des points de sutures. Lavage.

Vomissements répétés, hoquet.

*Mort.*

*Autopsie.* — Ulcération étendue dans les 90 derniers centimètres de l'iléon ; quelques ulcères plus haut. Pas de perforation. Rien aux autres organes.

394. — *Love A.* (*Ibid*, cas 14.)

Mars 1903. — Garçon, sept ans. Fièvre typhoïde typique ; température normale le dix-septième jour. Apyrexie treize jours, puis rechute grave. Le septième jour de celle-ci, le pouls monte à 128 (de 90 à 110) et reste entre 120 et 130 ; pas de douleur, pas de

rigidité ; mais distension plus marquée ; dix-sept jours après, douleur abdominale aiguë et brusque : abdomen rigide, douleur exquise à la palpation dans la zone sus-pubienne ; pas d'altération du pouls et de la température.

*Laparotomie* trois heures après. Beaucoup de gaz et demi pinte de liquide purulent, d'odeur fécaloïde, s'échappent par l'incision. On trouve une cavité limitée par des adhérences et remplie de contenu intestinal : sur la paroi, une perforation. Lavage de la cavité et drainage.

*Guérison* (la perforation avait dû se produire quand le pouls monta, et la distension fut plus marquée).

395. — *Lower.* (*Cleveland Medical Gazette.* 1900.)
Péritonite par perforation.
*Opération.*
*Mort.*

396. — *Lücke.* (Küssmaul et Lücke, *Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie.* 1886 1887, Bd. XXV, pp. 1-4. —Morton, *Medical News*, novembre 1887. — *Transaction of American Surgical Association*, 1888, p. 422.)

Femme, vingt-huit ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation dans la deuxième semaine. Douleur abdominale soudaine et intense, collapsus, frissons, sueurs froides, pouls 180 ; vomissement ; ténesme.

*Opération* quelques heures après le début. Mauvais état. Incision médiane ; péritoine plein de liquide fécaloïde, noir ; intestins très congestionnés et couverts de fibrine ; petite perforation à 45 centimètres de la valvule ; cæcum et appendice sains ; ganglions mésentériques hypertrophiés. Excision, et sutures à la Lembert. Lavage avec solution salicylée ; gros drain.

*Mort* onze heures après, sans s'être relevée du shock profond.

*Autopsie.* — Pneumonie et congestion hypostatique des poumons ; pus dans le Douglas et exsudats sur le péritoine ; les lèvres de la suture intestinale sont enflammées et nécrosées.

397. — *Lund F. B. et Shattuck G. B.* (Shattuck, Warren, et Cobb, *Transactions of the American Surgical Association*, 1900, XVIII, p. 414, cas 14. — Keen, 112. Finney, 70.)

Décembre 1898. — Homme, trente-huit ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation le vingt et unième jour, à sept heures du soir. Douleur abdominale généralisée et douleurs dans la vessie et le rectum. Sensibilité, rigidité et contracture musculaire. Matité dans les flancs ; pas de distension notable ; vomissements. Pas de chute de température.

*Opération* quinze heures après le début. Ether. Incision dans la région iliaque droite. Intestin grêle injecté, distendu, couvert de fibrine. Perforation à l'emporte-pièce de 6 millimètres de diamètre, à 30 centimètres de la valvule. Deux sutures de Halsted à la soie fine. Dans l'abdomen, liquide séro-purulent, caillots de sang et matières fécales. Contre-incision dans la fosse iliaque gauche. Lavage à l'eau salée. Drainage avec tubes de verre et mèches. Durée : trente minutes.

*Mort* quarante-huit heures après.

*Autopsie.* — Péritonite généralisée ; suture en bon état ; lésions typhiques.

398. — *Lund et Shattuck.* (*Ibid.*, p. 406, cas 2.)

Octobre 1899. — Homme, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïde grave, avec douleur abdominale constante, température élevée, délire. Deux hémorragies intestinales deux jours avant l'opération. Le vingt-deuxième jour de maladie, frisson soudain, shock, collapsus, ascension de la température et du pouls ; distension ; pas de vomissement.

*Opération* sept heures après, malade moribond. Ether. Incision iliaque droite. Péritonite généralisée. Gaz et liquide séreux. Pas de perforation. Deux plaques nécrosées dans la paroi de l'iléon sur des ulcérations. Plusieurs points nécrotiques. Enfouissement à la soie. Irrigation et drainage.

*Mort* dix-huit heures après.

399. — *Lund F. B. et Shattuck* (*Ibid.*, p. 408, cas 5. — *Boston Medical and Surgical Journal*, 1900, I, p. 688.)

Novembre 1899. — Femme, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation le douzième jour ; douleur abdominale sus-pubienne (vingt-deux heures avant, grand frisson ; douze heures après celui-ci, plusieurs autres frissons). Sensibilité et contracture (plus, à droite) ; température tombe à 36°7, mais remonte tout à coup ; pas de distension ; pouls 120 ; nausées ; pas de vomissement ; leucocytes : 6.000.

*Opération* quatre heures après la douleur. Ether. Incision

médiane. Gaz et liquide trouble. Péritonite généralisée peu avancée. Perforations sur l'iléon, à 20 centimètres du cæcum. Suture à la soie. Enfouissement identique de deux autres points minces. Drainage. Lavage. Durée : trente minutes.

*Mort* quatre jours après, avec des symptômes de péritonite généralisée.

400. — *Lund F. B.* (*Boston Medical and Surgical Journal*, 1907, CLVII, p. 330.)

Novembre 1906. — Homme, trente ans. Fièvre typhoïde dans la quatrième semaine, à l'entrée de la convalescence. Dans la nuit, quelques douleurs abdominales très légères. A 8 heures du matin, soudainement, douleur abdominale violente, température normale, pouls 120, bon ; défense musculaire, sensibilité surtout à droite.

*Opération* deux heures après. Ether. Incision sur le bord du droit. Fausses membranes et adhérences des anses intestinales. Sur l'extrémité inférieure de l'iléon, perforation grosse comme une tête d'épingle. Deux rangs de suture au catgut. Dans le pelvis, pus et matières fécales. Lavage. Large drain de caoutchouc dans le pelvis. Suture partielle de l'incision.

Position assise dans le lit. Fistule stercorale au niveau du drain.

*Guérison.*

401. — *Lütz* (*Medical Review*, Saint-Louis, 1898, XXXVII, p. 392. — *Proceedings of Saint-Louis Medical Society*.— Keen, 113.)

Fièvre typhoïde. Perforation.

*Opération.*

*Guérison.*

402. — *Lütz* (*Ibid.* Keen, 114.)

Fièvre typhoïde. Perforation.

*Opération.*

*Guérison.*

403. — *Lütz* (*Ibid.* Keen, 115.)

Fièvre typhoïde. Perforation.

*Opération.*

*Mort.*

404, 405, 406. — *Mc Arthur L. L.* (*Annals of Surgery*, 1902, XXXVI, p. 624. — *Chicago Surgical Society*.)

Trois cas d'opérations très précoces pour perforation intestinales, suivies de mort.

407. — *Mc Cosh* (G. Woolsey, *Annals of Surgery* 1906, XLIII, p. 652, cas 3. — *Presbyterian Hospital Records*, New-York.)

Février 1901. — Homme, dix-huit ans. Fièvre typhoïde ordinaire ; deux hémorragies, vingt jours et deux jours avant la perforation, qui survint le trente et unième jour de la maladie. Douleur abdominale soudaine ; vomissement. Rigidité, distension et tympanisme croissants ; légère matité mobile dans les flancs ; disparition de la matité hépatique ; double frottement au niveau du rebord costal droit.

*Opération* neuf heures trois quarts après la perforation. Cocaïne. Incision intermusculaire à droite. Un peu de chloroforme. Liquide trouble vert dans l'abdomen. Perforation de 8 millimètres de diamètre, à 20 centimètres du cæcum. Trois rangs de sutures à la Lembert. Lavage. Drainage : tube de verre, et plusieurs mèches de gaze.

*Mort* trente-deux heures après.

408. — *Mc Cosh.* (*Ibid.*, cas 9 ; *Ibid.*)

Octobre 1903. — Homme. Fièvre typhoïde typique. Perforation le vingt-et-unième jour : vomissements incoercibles ; faiblesse ; pas de douleur. Distension ; légère rigidité dans le quadrant inférieur droit.

*Opération*. — Chloroforme. Incision à droite à travers le muscle droit. Perforation sur la partie inférieure de l'iléon. Sutures à la Lembert à la soie. Cavité paraissant circonscrite et contenant des matières fécales, de la lymphe, etc. Drain « cigarette ».

*Mort* vingt-cinq heures après.

409. — *Mc Murtry L.* (Gerhardy, Inaug. Dissert., Gœttingen, 1899.)

*Opération.* — Perforations multiples d'ulcérations typhiques. Suture. Lavage. Drainage.

*Guérison.*

410. — *Mc Phedran A.* (*Montréal Medical Journal,* mars 1907, XXXVI, p. 159, cas 1.)

Homme, trente-deux ans. Fièvre typhoïde moyenne. Dans la troisième semaine, l'après-midi, soudaine, mais peu violente douleur dans la partie inférieure de l'abdomen. Pas d'autre symp-

tôme. Le soir, la douleur disparut ; elle reparut le lendemain, persistante. Pas de changement de pouls et de température. Abdomen mou, pas tendu, pas sensible, sans rien d'anormal.

*Opération* vingt-six heures après le début de la douleur. Perforation ovalaire, de 1 centimètre dans son grand axe, à 75 centimètres de la valvule.

*Mort* quatre jours après.

411. — *Mc Phedran* (*Ibid.*, cas 2.)

Femme, soixante-cinq ans. Fièvre typhoïde moyenne. Subitement, légère douleur abdominale, persistante, plus tard accompagnée de distension, de légère tension des muscles ; un peu de sensibilité généralisée. Symptômes plus accentués dans la partie inférieure. Pas de modification du pouls et de la température ; pas d'altération de l'état général.

*Opération*. — Péritonite légère, confinée à la région cæcale. Sur l'iléon, large escarre, mais pas encore détachée. Invagination et suture.

Etat parfait pendant deux jours. Puis, de nouveau, augmentation soudaine de la douleur et des vomissements, avec distension croissante et prostration.

*Mort* deux jours après.

*Autopsie*. — Suture parfaite ; à une certaine distance au-dessus, deux nouvelles escarres semblables à la première.

412. — *Mc Reynolds R. P.* (*Transactions Coll. Physicians Philadelphia*, 1902, p. 134. — *Annals of Surgery*, 1903, XXXVIII, p. 131, cas 1.)

Homme. Perforation de l'iléon.

*Opération* quatre jours après. Incision sur la ligne semi-lunaire. Cocaïne locale et chloroforme. Abcès localisé dans le côté droit. Ouverture et drainage.

*Guérison*.

413. — *Mc Reynolds* (*Proceedings of Philadelphia Acad. of Surgery*, 6 avril 1903. — *Annals of Surgery*, 1903, cas 2.)

Homme.

*Opération* environ huit heures après la perforation. Cocaïne locale et chloroforme. Incision à droite sur la ligne semi-lunaire. Large perforation de l'iléon (diamètre d'une pièce de 25 centimes). Suture.

*Mort* quelques heures après.

414. — *Mc Reynolds* (*Ibid.* ; *ibid.*, cas 4.)

*Opération* pour appendicite..

A l'autopsie, on trouve la cause de la péritonite généralisée dans une perforation intestinale typhique.

415. — *Mc Reynolds* (*Ibid.* ; *ibid.*, cas 4.)

Jeune garçon. Hémorragies intestinales graves avant la perforation, rendirent le diagnostic obscur ; mais augmentation graduelle des leucocytes.

*Opération* environ douze heures après la perforation. Cocaïne locale et chloroforme. Incision à droite sur la ligne semi-lunaire. Perforation. Suture.

*Mort* sept heures après.

416. — *Mc Williams*. (G. Woolsey, *Annals of Surgery*, 1906, XLIII, p. 652, cas 10. — *Presbyterian Hospital Records*, New-York.)

Novembre 1903. — Homme, cinquante-quatre ans. Perforation après quelques jours de maladie : douleur abdominale intense. Pas de respiration abdominale ; distension : matité mobile dans les flancs ; sensibilité généralisée.

*Opération*. — Gaz et éther. Incision médiane. Sérum trouble. Perforation à 40 centimètres du cæcum. Suture en bourse. Lavage. Deux drains « cigarette ».

*Mort* vingt-cinq heures après.

417. — *Manges M.* (*Journal of the American Medical Association*, 1er avril 1905, XLV, p. 1019, cas 1. — *Mount Sinaï Hospital Reports*, 1903, III, p. 104.)

Homme, dix-huit ans. Fièvre typhoïde avec constipation et diarrhée. Perforation le seizième jour ; soudainement, vomissements et douleur abdominale Pas de frisson, ni collapsus, ni sueurs ; pas de changement de la température et du pouls. Augmentation des mouvements respiratoires. Abdomen rigide, légèrement distendu ; matité dans les flancs ; sonorité préhépatique. Leucocytes 3.500 à 5.000.

*Opération* douze heures après le début.

*Mort*.

418. — *Manges M.* (*Ibid.*, cas 3. — *Ibid.*, p. 75.)

Homme, vingt-trois ans. Fièvre typhoïde avec constipation. Perforation le treizième jour : soudainement, frissons et douleur abdominale. Ni vomissements, ni collapsus, ni sueurs. Elévation

de température de 38°3 à 39°4 et ensuite chute ; augmentation du pouls. Pas de modification de la respiration le premier jour ; puis augmentation. Abdomen rigide, très distendu ; matité dans les flancs ; oblitération de la matité hépatique. Leucocytes s'élèvent de 5.600 à 14.000.

*Opération* quarante-trois heures après le début.

*Mort.*

419. — *Manges M.* (*Ibid.*, cas 4; *ibid.*, p. 75.)

Homme, trente-cinq ans. Fièvre typhoïde avec diarrhée. Perforation le neuvième jour. Début soudain, par douleurs aiguës dans la fosse iliaque droite, et crampes ; douleur ensuite généralisée et paroxystique. Pas de frissons, pas de collapsus. Sueurs profuses. Vomissements tardifs. Pas de changement de la température. Elévation du pouls et de la respiration. Abdomen rigide, très distendu ; matité distendue ; oblitération de la matité hépatique. Leucocytes s'élèvent de 8.600 à 13.400.

*Opération* onze heures après le début.

*Mort.*

420. — *Manges M.* (*Ibid.*, cas 5 ; *ibid.*, p. 383.)

Femme, quarante-deux ans. Fièvre typhoïde avec constipation. Perforation le quatorzième jour. Soudainement, douleur abdominale aiguë, frissons et sensibilité vaginale. Douleur d'abord généralisée, puis localisée à la fosse iliaque droite. Vomissements tardifs. Pas de collapsus, ni de sueurs. Elévation de la température et du pouls ; élévation, puis chute de la respiration. Abdomen sensible, mais souple et non distendu. Oblitération de la matité hépatique. Leucocytes : 3.200 à 4.800.

*Opération* vingt et une heures après le début.

*Mort.*

421. — *Manges M.* (*Ibid.*, cas 6; *Ibid.*, p. 383.)

Femme, quarante-deux ans. Fièvre typhoïde avec constipation et diarrhée. Perforation le cinquante-huitième jour. Etablissement graduel : douleur abdominale généralisée peu intense avec sensibilité dans la fosse iliaque droite. Pas de frissons, de vomissements, de collapsus, de sueurs. Température 36°7 à 38°9 et au-dessus ; Pouls 100, 122, et plus. Pas de changement dans la respiration. Abdomen rigide, surtout dans la fosse iliaque gauche. Pas

de distension. Pas de matité dans les flancs. Oblitération très tardive de la matité hépatique. Leucocytes : 12.000, 5.700, 11.000.

*Opération* douze heures après le début.

*Mort.*

422. — *Manges M.* (*Ibid.*, cas 7 ; *ibid.*, p. 208.)

Homme, vingt-deux ans. Fièvre typhoïde avec constipation et diarrhée. Perforation le dix-huitième jour. Début soudain : douleur abdominale, sensibilité dans la fosse iliaque droite, crampes. Frissons. Vomissements tardifs. Pas de vomissements, ni de sueurs, ni de modification de la respiration. Température 39°4 à 41°1 avant ; s'élève encore. Pouls 96 à 130 avant, s'élève aussi. Abdomen rigide au début, plus tard souple et distendu. Pas de matité dans les flancs. Tympanisme généralisé. Leucocytes : 8.000, 7.000, avant ; 7.500 après.

*Opération* neuf heures après le début.

*Mort.*

423. — *Manges M.* (*Ibid.*, cas 9 ; *ibid.*, p. 384.)

Homme, vingt-deux ans. Fièvre typhoïde avec constipation. Perforation le quinzième jour. Début souduin ; douleur abdominale aiguë, crampes. Frissons. Pas de vomissements, de collapsus, de sueurs. Température tombe de 39°3 à 38°7, remonte à 40°1. Pouls 96-138 avant, s'élève. Respiration 24-28, s'élève. Abdomen rigide, distendu. Pas de matité dans les flancs. Oblitération de la matité hépatique. Leucocytes, de 8.500 à 4.500.

*Opération* onze heures après le début.

*Mort.*

424. — *Margarucci.* (*Bull. d. Soc. Lancisiana di Ospedali di Roma*, 1898, XVIII, p. 319. — Keen, 116. Finney, 71.)

Femme, cinquante ans. Perforation pendant la nuit.

*Opération* le lendemain matin. Dans l'abdomen, liquide jaune avec flocons de fibrine. Deux perforations sur le petit intestin. Résection de 30 centimètres d'intestin, et anastomose bout à bout.

*Mort* le lendemain matin.

425. — *Marion* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie* de Paris, 26 mai 1908, p. 671, cas 1).

1899. — Homme, vingt ans. Fièvre typhoïde. Perforation le soir.

*Opération* le lendemain matin. Perforation de la largeur d'une lentille, à 25 ou 30 centimètres du cæcum. Suture. Drainage.

***Mort*** dans la journée.

426. — *Marion.* (*Ibid.*, cas 2.)

1899. — Homme, trente-cinq à quarante ans. Fièvre typhoïde.

*Opération*, le malade étant moribond. Beaucoup de liquide dans le ventre. Large perforation sur l'iléon. Suture. Drainage.

*Mort.*

427. — *Marion.* (*Ibid.*, cas 3.)

1904. — Homme, dix-huit à vingt ans.

*Opération* le lendemain de la perforation. Beaucoup de liquide dans le ventre. Suture de la perforation. Drainage.

*Mort* le soir même.

428. — *Marsden.* (*Lancet*, 23 juin 1900, I, p. 1800, cas 1.)

Janvier 1900. — Homme, seize ans. Fièvre typhoïde modérée pendant trente-deux jours. Apyrexie durant quinze jours. Rechute. Le dixième jour de celle-ci, à 5 h. 1/2 du soir, douleur abdominale aiguë, ténesme vésical. Douleur croissante ; contracture abdominale ; diminution de la matité hépatique ; température 37°3; pouls 88 ; vomissements verdâtres. Un peu d'empâtement et sensibilité marquée au point de Mac Burney ; pouls 120, petit ; température 39°3.

*Opération* huit heures et demie après le début. Incision médiane. Ecoulement de sérosité jaune, laiteuse. Pas de distension des intestins. Pas d'adhérences. A 30 centimètres de la valvule, perforation de 3 millimètres de diamètre. Suture. Lavage à la solution saline chaude. Durée : trente minutes.

*Guérison.*

429. — *Marsden.* (*Ibid.*, cas 2.)

Février 1900. — Homme, dix-huit ans. Fièvre typhoïde d'intensité moyenne, avec distension abdominale. Dans la quatrième semaine, à 8 h. 45 du matin, douleurs abdominales, après la défécation ; sensibilité sur l'hypogastre ; diminution de la matité hépatique ; respiration thoracique, 44. Sensibilité généralisée ; tempé-

rature reste entre 38°8 et 39°4 ; pouls petit, 158, disparition de la matité hépatique.

*Opération* huit heures après le début. Ecoulement d'une grande quantité de sérosité jaune, laiteuse. Intestin peu distendu, mais très injecté. Perforation près du cæcum, enfouie par des sutures à la Lembert. Durée : trente-cinq minutes.

A la fin de l'opération, collapsus, température 35°8. Amélioration passagère.

*Mort* quarante-huit heures après l'opération.

430. — *Martin Edw.* (*University Medical Magazine*, 1899, XI, 502. — Keen, 117.)

Garçon, douze ans. Perforation vers la fin de la troisième semaine.

*Opération* trente-trois heures après. Incision médiane. Ecoulement de pus. Intestins adhérents par exsudat fibrineux. Perforation sur l'iléon, près de la valvule. Sutures Lembert au catgut. Cavité nettoyée à la gaze, lavée à la solution saline. Drainée avec tubes de verre ; pelvis drainé à la gaze. Durée : une demi-heure.

Réaction sous l'action d'injections hypodermiques et de lavements stimulants. Réapparition de vomissements fécaloïdes.

*Mort* seize heures après l'opération.

431. — *Martin Edw.* (*Ibid.* — Keen, 118.)

*Opération* plusieurs jours après la perforation. Ouverture d'un large abcès contenant matières fécales, pus et gaz, et limité par des exsudats de péritonite plastique. Perforation sur l'iléon.

*Guérison*, avec fistule stercorale.

432. — *Martin Edw.* (G. P. Crozer Griffith. *The American Journal of the Medical Sciences*, 1905, CXXX, ns, p. 581, cas 6. — E. Martin et Pennington. *American of Medecine*, 21 novembre 1903.)

Avril 1903. — Fillette, six ans. Dans la deuxième semaine de la fièvre typhoïde, à 4 heures après-midi, très violente douleur abdominale, vomissements, dépression marquée des forces. Sédation des accidents ; pas de distension ni de sensibilité de l'abdomen. Le lendemain matin, à 11 heures, nouvelle douleur et distension nette.

*Opération* à 5 heures (treize heures après la première douleur). Ether. Une perforation et deux ulcérations en menace de rupture. Suture.

Amélioration, puis développement d'une poche de pus.

*Deuxième opération :* poche évacuée. — Affaiblissement.
*Mort* sept jours après la première opération.

433. — *Mauclaire et Mévy.* (E. Pédarré, Thèse de Paris, juillet 1902, p. 35, cas 1. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 31 mars 1908, p. 449.)

Avril 1902. — Garçon, huit ans. Fièvre typhoïde normale. Le dix-huitième jour, au soir, brusquement, douleur vive dans l'abdomen ; deux vomissements ; facies pâle et grippé, hyperesthésie de la paroi et défense musculaire.

*Opération*, trois jours après, l'état était très grave. Matières fécales jaunâtres liquides dans le péritoine. Perforation sur l'iléon, de la grandeur d'une lentille. Suture à la soie fine. Essuyage. Contre-incision dans chacun des flancs. Drainage à la Mickulicz dans les trois incisions.

Amélioration passagère.

*Mort* dix jours après l'opération, par la septicémie péritonéale lente, et surtout la broncho-pneumonie.

*Autopsie.* — Suture a bien tenu ; pas d'autres perforations.

434. — *Mauclaire.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 31 mars 1908, p. 448, cas 1.)

1900. — Homme, quarante-deux ans. Fièvre typhoïde caractéristique. Le vingtième jour, signes progressifs de péritonite. Apparition d'une tuméfaction dans l'hypocondre droit.

*Incision* par voie lombaire : écoulement d'un mélange infect de pus et de matières fécales. Perforation probablement sur le cæcum ou le côlon ascendant.

*Guérison.*

435. — *Mauclaire.* (*Ibid.*, p. 449, cas 3.)

1907. — Homme. Fièvre typhoïde, de forme ataxo-adynamique ; plusieurs hémorragies intestinales d'intensité moyenne. Le quinzième jour, douleur abdominale, sans hypothermie ni vomissements. Douleur maximum dans la fosse iliaque droite, sans contracture de la paroi, ni hyperesthésie. Leucocytose légère avec polynucléose. Signes de péritonite nets seulement au bout de quarante-huit heures.

*Opération* immédiate. Péritonite purulente généralisée. Drainage.

*Mort.*

*Autopsie.* — Une perforation sur l'iléon, à 15 centimètres de la valvule ; une autre plaque de Peyer voisine était sur le point de se perforer.

436. — *Menestrina J. F.* (*The Medical Fortnightly*, 10 août 1907, XXXII, p. 378.)

Mars 1907. — Jeune femme. Fièvre typhoïde grave. Dans la deuxième semaine, hémorragie intestinale grave, suivie, en peu d'heures, de neuf autres. Amélioration. Cinq jours après, hémorragie profuse : état de shock profond, pouls à peine perceptible. Perforation deux jours après.

*Opération.* — Incision médiane. Exsudat séreux dans l'abdomen. Beaucoup de plaques de Peyer enflammées. Les plus proches du cæcum sont toutes perforées et l'intestin recouvert de fibrine. Résection de 60 centimètres d'intestin ; anastomose bout à bout avec le bouton de Murphy. Durée : vingt minutes.

La malade *mourut* après qu'on venait de terminer les sutures de l'abdomen.

437. — *Menn R.* (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1905, XLI, p. 1978, cas 1.)

Mars 1902. — Homme, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïde normale. A la fin de la troisième semaine, douleur aiguë dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen, avec collapsus subit et perte de connaissance. Abdomen tendu, rigide à droite ; absence de matité hépatique.

*Opération* deux heures après. Incision sur le bord du droit. Exsudat et matières fécales. Sur l'iléon, à 8 centimètres de la valvule, perforation ronde, de 0 cm. 5 de diamètre. Sutures à la Lembert. Lavage à l'eau salée. Drain. Fermeture de la paroi.

*Guérison.*

438. — *Menn R.* (*Ibid.*, cas 2.)

Mai 1902. — Homme, vingt-neuf ans. Fièvre typhoïde typique. A la fin de la troisième semaine, collapsus et signes ordinaires de perforation.

*Opération* six heures après. Exsudat et matières fécales. Perforation à proximité de la valvule. Suture Lembert. Lavage. Drainage.

*Mort* six heures après l'opération. Pas d'autopsie.

439. — *Michaux P.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 11 février 1908, p. 140.)

Décembre 1907. — Homme, vingt-six ans. Fièvre typhoïde. Le vingt-cinquième jour, quatre jours après le début de la défervescence, et sans signes prémonitoires de perforation, à 8 h. 30 du matin, douleur subite, violente, localisée à la partie inférieure et droite de l'abdomen, s'irradiant vers le cordon et le testicule droit et tendant à se généraliser ; angoisse vive ; rétraction du ventre : légère défense musculaire ; un peu de submatité à la partie inférieure du ventre ; chute brusque de la température (à 37°6), sans modification très appréciable du pouls (monte de 92 à 100) ; pas de nausées, ni de vomissements.

*Opération* deux heures et demie après. Injection de nucléinate de soude. Anesthésie au chloroforme. Incision médiane. Ecoulement d'un peu de sérosité jaune verdâtre. Sur le bord libre d'une des dernières anses d'iléon, perforation de la dimension d'une tête d'épingle, au centre d'une plaque de Peyer. Sérosité louche dans le Douglas ; quelques fausses membranes sur l'anse perforée. Nettoyage et attouchement à l'eau phéniquée forte. Enfouissement de la plaque sous douze à quinze points séparés à la Lembert. Attouchement de l'anse au sublimé et à l'eau phéniquée forte. Deux drains, l'un au-dessus, l'autre au-dessous de l'anse ; celui-ci jusqu'au fond du Douglas. Quatre fils d'argent sur la paroi en un seul plan. Durée : dix à douze minutes.

Caféine, huile camphrée, sérum. Glace sur le ventre pendant plusieurs jours, remplacée par des compresses chaudes humides. Aspiration par les drains, plusieurs fois par jour, donne une petite quantité de liquide purulent, un peu fétide. Le quatrième jour après l'opération, malade agité se lève plusieurs fois ; apparition de coliques vives avec ténesme et épreintes, et qui persistent, plus ou moins marquées jusqu'à la fin. Ventre souple, mais douloureux. Selles diarrhéiques. Quelques vomissements. Délire. Pouls s'accélère et devient petit.

*Mort* le onzième jour après l'opération.

*Autopsie partielle.* — Intestins congestionnés, agglutinés par des fausses membranes blanchâtres. Pas de perforation secondaire. Au centre de la suture, un des fils a coupé, et il existe un petit pertuis.

440. — *Michon.* (Lesné et Lœderich. *Tribune Médicale*. 31 décembre 1904, p. 837, cas 2.)

Août 1905. — Femme, vingt-huit ans. Fièvre typhoïde, béni-

gne ; hémorragie intestinale peu abondante, le vingt et unième jour. La température descend en lysis ; mais avant d'avoir atteint 37°, se met à osciller irrégulièrement ; recrudescence de la diarrhée, devenue très fétide. Le matin du quarante-sixième jour de la maladie, température 37°, mais pouls un peu au-dessus de 100. Dans la journée, quelques douleurs abdominales, diffuses, légères ; mais faciès très modifié, péritonéal ; ventre plat, un peu douloureux ; matité hépatique normale, température 37°7 ; pouls très petit, 132.

*Opération* quelques heures après le début. Incision médiane. Péritonite généralisée ; liquide bouillon sale ; pas de gaz. Sur le bord libre du côlon iléo-pelvien, vers sa partie moyenne, série de perforations en pomme d'arrosoir, sur une étendue de 4 centimètres environ. Sutures. Drainage large à la Mickulicz.

*Mort* trente-six heures après l'opération.

*Autopsie* incomplète : pas d'ulcérations sur l'iléon ; ulcérations multiples sur le côlon descendant et le côlon ilio-pelvien. Trois nouvelles perforations, arrondies, de 1 à 3 millimètres de diamètre, à peu de distance des sutures qui avaient bien tenu et sur lesquelles étaient accolées des franges graisseuses du côlon.

441. — *Michon.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 26 mai 1908, p. 669, cas 1.)

Juillet 1901. — Homme, vingt-trois ans. Fièvre typhoïde grave. Le huitième ou neuvième jour, douleur vive, subite, à droite ; ballonnement abdominal ; défense musculaire marquée ; submatité dans le flanc droit ; chute légère de température de 40 degrés à 39°4 ; ascension du pouls de 100 à 110 ou 115 , extrémités cyanosées et froides.

*Opération* huit heures après le début. Chloroforme. Incision médiane. Issue de gaz et de liquide jaunâtre contenant des matières intestinales. Perforation de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, à 20 centimètres de la valvule, sur l'iléon ; autour, parois intestinales amincies. Suture impossible. Anse grêle voisine appliquée sur la perforation et suturée contre elle de façon à l'oblitérer. Large drainage avec Mickulicz et plusieurs drains. Pas de lavage du péritoine.

*Mort* quelques heures après.

442. — *Michon.* (*Ibid.*, cas. 2.)

Homme, vingt et un ans. Au quinzième jour d'une fièvre typhoïde

grave, brusquement, douleur vive dans le ventre, ballonnement, chute de température de 38°8 à 37 degrés ; pouls 130.

*Opération* quatorze heures après le début. Incision médiane. Epanchement intra-péritonéal abondant. Perforation punctiforme à 15 centimètres de la valvule. Suture à la soie. Drainage.

*Mort* le lendemain. Pas d'autopsie.

443. — *Miclescu.* (*Therapeutische Monatshefte*, décembre 1902, p. 631).

Homme, vingt-six ans. Fièvre typhoïde. Perforation intestinale.

*Opération.* — Deux perforations sur l'iléon, chacune de 1 cm. 5 de diamètre. Adossement de portions intestinales saines devant la perforation. et greffe épiploïque jusqu'à 3 centimètres autour des perforations. Tamponnement. Fermeture partielle de la paroi.

*Guérison.*

444. — *Mignon A.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 7 avril 1908, t. XXXIV, p. 496, cas 1.)

Soldat. Perforation au vingtième jour de la fièvre typhoïde.

*Opération* six heures après. Péritonite localisée à la fosse iliaque droite. Sur le dernier mètre de l'iléon, perforation punctiforme d'où sortait du liquide jaune. Suture par quelques points séro-séreux. Nettoyage de la cavité abdominale. Drainage.

*Mort* dix-neuf heures après, par adynamie cardiaque progressive.

*Autopsie.* — Un peu de sérosité au fond du bassin. Etanchéité parfaite de la suture.

445. — *Mignon A.* (*Ibid.*, cas 2).

Soldat. Perforation le trentième jour de la fièvre typhoïde.

*Opération* quatre heures après. Péritonite localisée à la fosse iliaque droite. Perforation punctiforme sur le dernier mètre de l'iléon. Suture. Nettoyage. Drainage.

*Mort* vingt-cinq heures après, par adynamie cardiaque progressive.

*Autopsie.* — Suture étanche.

446. — *Mignon A.* (*Ibid.*, cas 3).

Soldat. Perforation le vingt-cinquième jour de la fièvre typhoïde.

*Opération* huit heures après. Péritonite généralisée à la partie inférieure de l'abdomen avec sérosité louche dans le petit bassin. Perforation punctiforme sur le dernier mètre de l'iléon. Suture. Nettoyage. Drainage.

*Mort* vingt-six heures après, par adynamie cardiaque progressive.

*Autopsie*. — Suture parfaitement étanche.

447. — *Mignon* (*Ibid*, cas 4.)

Soldat. Perforation le quarantième jour de la fièvre typhoïde.

*Opération* douze heures après. Péritonite généralisée à la partie inférieure de l'abdomen avec sérosité louche dans le petit bassin. Perforation punctiforme sur le dernier mètre de l'iléon. Suture. Nettoyage. Drainage.

*Mort* trente heures après, par adynamie cardiaque progressive.

*Autopsie*. — Suture étanche.

448. — *Mikulicz* (*Volkmann's Sammlung Klinischer Vortræge*, n° 262, Chirurgie, 1884, n° 83. — Keen, 1. Finney, 72.)

Homme, quarante ans. Fièvre typhoïde légère. Soudaine et sévère douleur abdominale en sautant du lit ; vomissements et légère distension de l'abdomen. Trois jours après, état réellement bon : pouls 100, température 37°8, fréquents vomissements bilieux, mais non fécaloïdes ; abdomen distendu ; avec sensibilité diffuse.

*Opération* trois jours après le début. Incision médiane. Environ 1 litre de pus fétide ; intestins congestionnés, et couverts d'exsudats fibrineux, adhérents entre eux ; morceaux de pommes de terre flottant dans le pus. Perforation de 4 sur 6 millimètres, avec son grand diamètre parallèle à l'axe de l'intestin, sur le bord libre de l'iléon. Ganglions mésentériques gros et mous. Lavage avec solution phéniquée à 5 o/o. Bords de la perforation excisés ; 12 points de suture à la soie. Abdomen fermé, sans drainage.

Suppuration de la plaie qui fut réouverte.

*Guérison.*

449. — *Mikulicz*. (*Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, XVIII Congress, s. 324. — Keen. 7. Finney, 74.)

Homme, vingt-deux ans. Fièvre typhoïde modérément sévère. Perforation dans la troisième semaine. Collapsus marqué et dou-

leur. Au moment de l'opération, pouls 170, à peine perceptible ; sueurs froides, vomissements.

*Opération* quatre heures et demie après le début. Chloroforme. Incision médiane. Une petite perforation située près de la valvule est suturée. Cavité péritonéale nettoyée du pus fécaloïde et fétide qui la remplit. Lavage avec solution boriquée à 3 o/o. Drainage à la gaze iodoformée.

*Mort* quatre heures et demie après.

*Autopsie*. — Péritonite généralisée.

450. — *Mikulicz*. (*Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Chir.*, 1889.)

Homme, trente-neuf ans. Perforation une semaine et demie après le début de la maladie.

*Opération* le lendemain : Perforation de la grandeur d'une pièce de 5 centimes, sur l'iléon, à 60 centimètres de la valvule. Suture. Désinfection de la cavité abdominale.

*Mort* douze heures après.

*Autopsie*. — Péritonite septique diffuse ; fièvre typhoïde.

451. — *Mitchell Ch. F.* (J. Alison Scott. *University of Pennsylvania Medical Bulletin*, 1905-1906, XVIII, p. 111-127, cas 11.)

Août 1902. — Homme, quarante-trois ans. Fièvre typhoïde. Le trente-cinquième jour, soudaine douleur abdominale ; sensibilité diffuse. Rigidité des muscles droits. Leucocytes montent à 9.400. Pas de changement du pouls et de la respiration. Matité hépatique normale : pas de matité dans les flancs.

*Opération*. — Liquide libre. Petite perforation sur l'appendice

***Guérison.***

452. — *Mitchell Ch. F.* (*Pennsylvania Hospital Records*, Philadelphia. — Harte and Ashhurst, cas 231.)

Perforation intestinale typhique.

***Opération.***

***Mort.***

453. — *Mitchell Ch. F.* (*Annals of Surgery*, 1907, XLV, p. 470, cas 1. — J. Alison Scott. *University of Pennsylvania Medical Bulletin*, 1905-1906, XVIII, p. 111-127, cas 15.)

Novembre 1902. — Homme, vingt-huit ans. Fièvre typhoïde modérément grave. Le dixième jour, à 3 heures du matin, réveillé

par douleur abdominale soudaine ; vomissements ; pouls très rapide ; ventre non rigide, mais partout sensible. A 5 h. 1/2, vomissements verdâtres ; tympanisme modéré, surtout en bas ; rigidité, surtout à droite ; disparition de matité hépatique. Leucocytes : 11.360.

*Opération* quatre heures et demie après la douleur. Sur l'iléon, à 15 centimètres de la valvule, perforation du diamètre d'un crayon d'ardoise.

*Mort* de péritonite généralisée.

*Autopsie.*

454. — *Mitchell Ch. F.* (*Annals of Surgery*, 1907, XLV, p. 470, cas 4. — J. Alison Scott. *University of Pennsylvania Medical Bulletin*, 1905-1906, XVIII, p. 111-127, cas 14.)

Novembre 1903. — Homme, dix-huit ans. Fièvre typhoïde bénigne. Le quinzième jour, à midi, soudainement, violente douleur abdominale, respiration costale, disparition de la matité hépatique. Leucocytes ; 3 h. 1/2 : 17.600 ; 5 heures : 16.500 ; 7 heures : 13.400. Température : à midi 37°8 ; à 1 h. 1/2 : 37°2 ; à 7 heures : 39°5.

*Opération* huit heures après la perforation. Gaz libres et liquide dans le péritoine. Perforation sur l'iléon.

*Guérison.*

455. — *Mitchell Ch. F.* (*Ibid.*, cas 5. — Alis. Scott. *Ibid*, cas 42.)

Octobre 1904. — Homme, vingt-huit ans. Fièvre typhoïde avec température élevée Le onzième jour. grande douleur abdominale, sans autre symptôme. Le vingt et unième jour, petite hémorragie. A ce moment, le malade avait du délire. Le vingt-sixième jour, à 5 heures après-midi, douleur violente dans le côté droit. Deux heures après, légère rigidité, vomissement verdâtre, leucocytes : 5.900. Puis paroxysmes de douleur ; distension abdominale, disparition de la matité hépatique.

*Opération* dix heures après la première douleur. Liquide trouble dans l'abdomen. A 45 centimètres du cæcum, perforation du diamètre d'une pointe de crayon, au centre d'un ulcère du diamètre d'une pièce de 5 centimes.

Dix huit jours après, apparition d'une fistule stercorale, avec fièvre légère.

*Guérison.*

456. — *Mitchell Ch. F.* (Robert Le Conte. *Annals of Surgery*, 1904, XXXIX, p. 118, cas 2. — J. Alison Scott. *University of Pennsylvania Medical Bulletin*, 1905-1906, XVIII, p. 111-127, cas 38. — C. F. Mitchell. *Annals of Surgery*, 1907, XLV, p. 470, cas 3.)

Août 1903. — Homme, vingt et un ans. Fièvre typhoïde avec fièvre élevée. Le seizième jour, immédiatement après un bain, à 6 h. 30 du soir, douleur aiguë dans le côté droit de l'abdomen, rigidité et sensibilité. Ni frissons, ni vomissements. Une heure après, leucocytes : 9.600.

*Opération* quatre heures et demie après le début de la douleur. Ether. Incision sur la ligne semi-lunaire droite. Un peu de liquide trouble ; très peu de fausses-membranes. Sur l'iléon, à 30 centimètres du cæcum, large ulcère nécrosé, avec petite perforation de la grosseur d'une tête d'épingle. Deux rangs de suture à la Lembert. Lavage avec solution salée. Deux mèches de gaze. Fermeture partielle de l'incision.

Sept jours après, température normale, pendant dix jours. Alors (33e jour de la maladie), rechute de typhoïde, durant seize jours. Convalescence et *guerison*.

457. — *Mitchell Ch. F.* (*Annals of Surgery*, 1907, XLV, p. 470, cas 6.)

Août 1906. — Homme, vingt-six ans. Fièvre typhoïde. Le douzième jour, hémorragie intestinale. Le lendemain, à minuit, après avoir pris un médicament, plusieurs vomissements, sueurs froides, et douleur dans la région iliaque droite. Leucocytes : 9.870. Huit heures après, ventre très tendu, vomissements, température 38°9, pouls 128, filiforme.

*Opération* douze heures après. Incision latérale. Sur l'iléon, à 20 centimètres du cæcum, perforation de la grosseur d'une tête d'épingle. Suture au fil de lin. Lavage avec solution salée. Drainage à la gaze.

Amélioration pendant douze heures.

*Mort* subite par collapsus, trente heures après l'opération.

458. — *Mitchell Ch. F.* (*Ibid.*, cas 7.)

Octobre 1906. — Homme, vingt-huit ans. Fièvre typhoïde ambulatoire, pendant environ deux semaines. Douleur abdominale soudaine. Le lendemain, température 39°4, abdomen tendu et rigide.

*Opération.* — Sur l'iléon, à 10 centimètres de la valvule, perfo-

ration en pointe d'épingle. Suture à la soie. Pas de lavage. Drainage à la gaze.

Pendant quinze heures, amélioration.

*Mort* trente-six heures après l'opération.

459. — *Mitchell Ch. F.* (*Ibid.*, cas 8.)

Novembre 1906. — Homme, vingt-six ans. Fièvre typhoïde. Le vingt-quatrième jour, à 11 heures du matin, douleur abdominale ; distension et légère rigidité des doigts ; rétention d'urine ; leucocytes : 6.450. Signes habituels de perforation.

*Opération* huit heures après la douleur. Incision latérale. Beaucoup de liquide trouble. A 10 centimètres du cæcum, perforation de la grosseur d'une tête d'épingle. Suture au fil de lin. Lavage avec solution salée. Drainage à la gaze.

Pendant cinq jours, bon état du malade ; température aux environs de 37°2, pouls bien frappé. Au commencement du sixième jour, après enlèvement des drains, douleur abdominale. Température s'élève, et l'état s'aggrave.

*Mort* le lendemain matin.

*Autopsie.* — Les points fermant la perforation n'avaient pas tenu ; quantité considérable de pus dans le petit bassin. Double pneumonie lobaire.

460. — *Mitchell J. F.* (Thomas Mc Crae, et J. F. Mitchell. *American Medicine*, 6 septembre 1902, p. 371, cas 11. — *Johns Hopkins Hospital Reports*, 1902, X, p. 409, cas 11.)

Fièvre typhoïde. Perforation le onzième jour. Début brusque ; à minuit, douleur violente s'étendant du pénis à l'abdomen ; revenant par paroxysmes ; sueurs profuses. Distension, rigidité, disparition de la matité hépatique.

*Opération.* — Suture d'une perforation sur l'iléon et drainage.

*Guérison.*

461. — *Mitchell J. F.* (*Ibid.*, cas 12.)

Fièvre typhoïde. Perforation le seizième jour. Début soudain à 9 heures du matin ; douleur violente, surtout pénienne ; puis revenant par paroxysmes ; sensibilité.

*Opération.* — Suture d'une perforation sur l'iléon. Drainage.

*Mort.*

*Autopsie.* — Péritonite généralisée.

462. — *Mitchell J. F.* (*Ibid.*, cas 13.)

Fièvre typhoïde. Perforation le dix-huitière jour. Douleur violente et soudaine, paroxystique. Sensibilité, rigidité, diminution de la matité hépatique, peu d'augmentation de la distension.

*Opération* huit heures après le début. Suture d'une perforation sur l'iléon. Drainage.

Bronchite. Hernie des intestins à travers l'incision, sept jours après l'opération. Réintégration des intestins.

*Guérison.*

463. — *Mitchell J. F.* (*Ibid.*, cas 15.)

Femme. Fièvre typhoïde, avec bronchite. Perforation le seizième jour. Douleur violente et soudaine.

*Opération* trois heures trente après. Suture d'une perforation sur l'iléon. Drainage.

*Mort*, due à la gravité de la typhoïde.

Pas d'autopsie.

464. — *Mitchell J. F.* (*Ibid.*, cas 16.)

Fièvre typhoïde. Hémorragie intestinale. Perforation le vingt et unième jour. Douleur, frisson intense, élévation de la température de 39°4 à 41°1 : puis chute de celle-ci. Signes de péritonite.

*Opération* vingt-cinq heures après le début. Suture d'une perforation sur l'iléon. Drainage.

*Mort.*

*Autopsie.* — Péritonite étendue.

465. — *Mixter et Gannett.* (Shattuck, Warren et Cobb, *Transactions of the American Surgical Association*, 1900, XVIII, p. 410, cas 8 )

Août 1897. — Homme, seize ans. Fièvre typhoïde grave, avec température élevée et grande distension abdominale. Le vingtième jour, douleur aiguë dans la région iliaque gauche. Chute graduelle de température à 37°4. Grande distension, ventre en bois, grande sensibilité iliaque gauche, pouls mauvais, face anxieuse, pas de vomissements.

*Opération* vingt heures après la douleur. Ether. Incision médiane. Péritonite généralisée grave, pus et matières fécales. Perforation sur l'iléon à 20 centimètres du cæcum. Suture. Lavage. Drainage à la gaze.

*Mort* cinquante heures après.

466. — *Moore J. E.* (Edwin T. Ramsey, *Northwestern Lancet*, 15 juin 1903, XXIII, p. 205, cas 1.)

Février 1902. — Garçon, douze ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Le cinquième jour, douleur dans la région épigastrique. Puis, douleur augmente et s'étend à tout l'abdomen, vomissements, pas de selle, sensibilité et distension légères, température jamais au-dessus de 38°6.

*Opération* quatre jours après. Sur l'iléon, de 60 à 90 centimètres au-dessus de la valvule, trois perforations typhiques typiques. Plusieurs plaques ulcérées sur le point de se perforer. Au niveau des perforations, adhérences légères avec les intestins voisins ; pas de matières fécales dans la cavité abdominale. Sutures à la Lembert. Drainage.

*Mort* plus de douze heures après l'opération.

467. — *Moore J. E.* (*Ibid.*, cas 3.)

Janvier 1903. — Homme, cinquante et un ans. Soudainement, dans la nuit du 1er janvier, douleur abdominale sévère. (Avait, deux à trois fois par an, crises gastro-intestinales, avec coliques, diarrhée, vomissements.) Douleur continue ; augmentation graduelle de la sensibilité et surtout de la distension abdominale ; absence de selles et de gaz, malgré lavements et injections rectales élevées. Hypothermie (36°6, 36°1, puis 35°5), pouls 70, 80, 100 ; affaiblissement. Diagnostic d'obstruction.

*Opération* le 10 janvier. Intestins rouges et distendus. Sur l'iléon, à 45 centimètres de la valvule, perforation typhique typique. Deux rangs de sutures interrompues de matelassier. Plusieurs autres plaques ulcérées. Dans la fosse iliaque droite, abcès isolé de la cavité péritonéale par les intestins adhérents. Nettoyage. Drainage.

Selle spontanée le troisième jour.

*Guérison* lente. Température jamais au-dessus de 37°2.

468. — *Moore J. E.* (*Northwestern Lancet*. 1898, XVIII, p. 135. — Keen, 119. Finney, 76.)

Femme, trente ans. Perforation dans la troisième semaine. Pendant la nuit, douleur intense. Le lendemain matin, douleur croissante, chute de température de 40 degrés à 38°3. Pouls monte à 140, tympanisme.

*Opération* environ douze heures après la perforation. Chloroforme. Incision médiane. Abdomen plein de matières fécales liqui-

des. Perforation à 45 centimètres de la valvule. Sutures à la Czerny-Lembert. Lavage avec solution salée chaude.

*Mort* quatorze heures après l'opération.

469. — *Moore W.* (W. R. Boyd et W. Moore. *Intercolonial Medical Journal of Australasia*, 20 février 1904, p. 72.)

Garçon, huit ans. Fièvre typhoïde avec constipation dès le début. Le dixième jour, au soir, douleur abdominale soudaine (épigastre et autour de l'ombilic), vomissements. Entré à l'hôpital de Melbourne le lendemain matin, 20 décembre 1903. Douleur, température 38°3, pouls 120, un peu de distension, légère rigidité et sensibilité (celle-ci plus marquée dans la fosse iliaque droite), matité hépatique diminuée ; leucocytose normale.

*Opération* plus de quarante heures après le début. Chloroforme Incision médiane. Gaz libres ; liquide séro-purulent abondant, et fausses membranes. Sur l'iléon, à 40 centimètres de la valvule, petite perforation ronde. Lavage abondant pendant qu'on ferme la perforation avec trois sutures de Lembert à la soie fine. Plusieurs autres ulcérations visibles, l'une tout à fait sur le point de se perforer. Ganglions mésentériques hypertrophiés. Un tube de drainage de Keith dans le pelvis, et mèche de gaze. Suture de la paroi en un seul plan au fil d'archal.

Sort *guéri* cinquante jours après l'opération.

470. — *Monks G. H.* (J. C. Munro, *Boston Medical and Surgical Journal*, 5 février 1903, CXLVIII. p. 150, cas 15.)

Homme, trente ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Perforation dans la cinquième semaine : douleur aiguë et soudaine dans la partie inférieure de l'abdomen, vomissements. Diminution de la douleur qui se localise dans la région iliaque droite ; persistance des vomissements ; aggravation de l'état général ; pas de frissons.

*Opération* vingt-quatre heures après le début. Ether. Incision le long du muscle droit. Deux perforations sur l'iléon, à 5 centimètres et 30 centimètres de la valvule. Suture à la soie. Deuxième incision dans la région iliaque gauche ; pelvis nettoyé et drainé. Une anse d'intestin grêle suturée à la paroi et ouverte : il s'échappe beaucoup de gaz et de matières fécales.

*Mort* sept heures après l'opération, malgré stimulation énergique.

Pas d'autopsie.

471. — *Monod Ch.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 18 novembre 1896, p. 719.)

Octobre 1896. — Homme, trente-cinq ans. Fièvre typhoïde moyenne. Le vingt-septième jour, à minuit, violente douleur dans la fosse iliaque droite, qui se généralise. Hoquet incessant, nausées, vomissements bilieux. Facies grippé; pouls 116, filiforme; température 40 degrés; ventre ballonné, extrêmement douloureux.

*Opération* dix heures et demie après le début. Ecoulement d'un flot de liquide séro-purulent. Intestins rouges, recouverts de fausses membranes. Perforation de la grosseur d'une tête d'épingle, à 30 centimètres du cæcum, sur le bord convexe de l'iléon. Suture à la soie, à deux étages, parallèle à l'intestin. Près du cæcum, tache blanchâtre sur une plaque épaissie; fixation à ce niveau d'une frange péritonéale par quelques points de suture. Lavage abondant à l'eau bouillie chaude. Fermeture de la paroi sauf l'extrémité inférieure (mèche de gaze iodoformée et un drain).

Vomissements, pouls rapide.

*Mort* quarante-deux heures après l'opération, en collapsus.

*Autopsie*. — Plus de trace de liquide péritonéal; péritonite; anses agglutinées; suture a bien tenu. Dans le liquide péritonéal, bacille d'Eberth en culture pure.

472. — *Monod Ch.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 12 décembre 1900.)

Novembre 1900. — Homme, dix-neuf ans. Fièvre typhoïde normale. Treize jours après l'entrée à l'hôpital, à midi, légères douleurs abdominales, vomissement. Ventre un peu ballonné et douloureux, température 37°8, pouls 98. A 9 heures du soir, température 40 degrés, douleurs violentes. Facies grippé; pouls faible, 116; ventre ballonné et très douloureux. Pas de vomissements.

*Opération* environ vingt-quatre heures après les premières douleurs. Incision médiane. Perforation punctiforme près du cæcum. Deux plans de suture au catgut, parallèles à l'axe de l'intestin. Lavage à l'eau stérilisée chaude. Deux drains dans le petit bassin. Durée : vingt minutes.

*Mort* trois jours après.

*Autopsie*. — Péritonite; la suture a cédé; pas de nouvelles perforations, mais de nombreuses ulcérations menaçantes.

473. — *Morestin* (N. Mauger, Thèse de Paris, juillet 1900, p. 104,

cas 41. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 17 mars 1908, p. 335, cas 1.)

1899. — Fillette, dix à douze ans. Le dixième jour de la fièvre typhoïde, hémorragie intestinale assez abondante. Le lendemain matin, tympanisme abdominal, ventre douloureux, nausées, pouls rapide.

*Opération* à huit heures du soir : température très élevée, état général mauvais : vomissements incessants, pouls extrêmement rapide. Chloroforme. Incision à droite sur le bord externe du droit. Ecoulement d'une grande quantité de pus mal lié et fétide. Perforation à 12 ou 15 centimètres de la valvule. Trois ou quatre points de suture. Contre-ouverture à gauche. Grand lavage à l'eau bouillie. Drainage. Plaie laissée ouverte.

Le lendemain, amélioration inespérée. Injections quotidiennes de sérum. Evolution de la typhoïde. L'état reste bon pendant quinze jours. Soudain, nouveaux accidents abdominaux qui déterminent une *mort* rapide.

*Autopsie.* — Guérison parfaite de la lésion suturée ; mais présence d'une nouvelle perforation.

474. — *Morestin.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 17 mars 1908, p. 335, cas 2.)

Novembre 1905. — Homme, vingt-huit ans. Fièvre typhoïde grave. Perforation dans la troisième semaine : à cinq heures du soir, vive douleur abdominale. Avant l'opération : mauvais facies, respiration rapide, pouls 130, température 38°5 (auparavant entre 39 et 40) ; pas de nausées ni de vomissements ; hoquet ; refroidissement des extrémités ; ventre très ballonné ; tympanisme hépatique.

*Opération* six heures après le début. Incision sur le bord du droit. Issue d'une grande quantité de gaz, de sérosité et de pus séreux très fétide. Anses intestinales très distendues. A 22 centimètres du cæcum, petite perforation sur le bord libre de l'iléon. Double surjet à la soie fine. Au-dessous, deux petites taches jaunes, au niveau desquelles la paroi intestinale, déjà mortifiée, était en imminence de perforation. Deux surjets à la soie. Deux drains dans l'incision ; un troisième, par une contre-incision médiane, s'enfonce dans le Douglas. — Ether, caféine, sérum en abondance.

*Mort* le lendemain.

475. — *Morestin.* (*Ibid*, cas 3.)

Mars 1906. — Homme, dix-huit ans. Tous les signes de fièvre

typhoïde, sauf la diarrhée. Le vingt-septième jour, à midi, douleur aiguë et subite dans la fosse iliaque droite ; pouls 120, température 39 degrés. Douleurs par accès. Le soir, température au-dessus de 40 degrés ; ventre tendu. Le lendemain, douleur abdominale diffuse ; abdomen tendu et contracturé ; température 39°8 ; pouls 120, régulier et plein ; pas de vomissements.

*Opération* vingt-huit heures après le début. Incision sur le bord externe du droit. Issue de sérosité louche, puis de pus en abondance. Plaques de Peyer épaissies : plusieurs points menaçants. A 75 centimètres du cæcum, perforation de 5 à 6 millimètres de diamètre. Deux plans de suture à la soie. Incision laissée ouverte ; cinq gros drains. Contre-ouverture à gauche : un drain. — Sérum en abondance.

*Guérison.*

476. — *Morestin.* (*Ibid*, cas 4.)

Mai 1906. — Homme, vingt-sept ans. Fièvre typhoïde ; congestion pulmonaire bilatérale grave. Dans la nuit du trente-cinquième au trente-sixième jour, vers minuit, subitement, douleur aiguë dans l'abdomen ; pouls monte à 120 ; chute de température au-dessous de 37 degrés. Hoquets Ventre dur comme du bois, avec hyperesthésie très accentuée. Avant l'opération, pouls 88, température 36 degrés, facies grippé ; extrémités froides.

*Opération* onze heures après le début. Incision sur le bord externe du droit. Abdomen plein de liquide louche. A 15 centimètres de la valvule, perforation admettant facilement l'index. Double surjet. Trois drains à droite. Contre-incision à gauche.

Disparition des symptômes péritonéaux ; mais encombrement bronchique, dyspnée croissante.

*Mort* le troisième jour après l'opération.

477. — *Morestin.* (*Ibid*, cas 5.)

Mai 1906. — Homme, vingt-trois ans. Fièvre typhoïde, avec diarrhée très abondante et très fétide. Le trente-quatrième jour, à six heures du matin, subitement, douleur abdominale très violente. Palpation extrêmement douloureuse ; paroi contracturée ; pouls 120 ; température 38o4. Phénomènes s'atténuent ; pas de sonorité préhépatique ni de matité hypogastrique ; pas de vomissements, deux selles diarrhéiques.

*Opération* trois heures après le début. Incision sur le bord externe du droit. Abdomen rempli d'une grande quantité de

liquide extrêmement fétide, séro-gommeux, puis grisâtre et puriforme, mélangé de pus, et de contenu intestinal. Intestins très vascularisés. Nombreuses plaques de Peyer tuméfiées. Perforation sur l'appendice, près de son extrémité libre. Appendice énorme, rouge violacé. Ablation. Contre-ouverture à gauche. Six drains.

*Mort* deux jours après.

478. — *Morton T. G.* (*Medical News*, 24 décembre 1887, p. 730. — Keen, 6, Finney, 77.)

Homme. Fièvre typhoïde légère. Perforation dans la troisième semaine. Douleur excruciante dans la région iliaque droite, frisson, élévation du pouls, de la température et de la respiration, à la suite d'un repas abondant.

*Opération* vingt heures après le début. Intestins très dilatés ; congestion intense du péritoine ; abdomen rempli de sérum jaunâtre, avec flocons fibrino-purulents, gaz et matières fécales. Ulcère perforé de 9 millimètres de diamètre, à 90 centimètres de la valvule ; une tache nécrotique à peu de distance de la première. Ecchymoses çà et là sous le péritoine intestinal. Inversion des bords de la perforation sous huit sutures à la Lembert ; suture de la deuxième tache. Lavage à l'eau chaude et essuyage à sec. Drain de verre.

*Mort* sept heures après l'opération, en collapsus.

*Autopsie*. — Ulcérations étendues sur 2 m. 40 d'intestin depuis la valvule ; sutures étanches ; pas de liquide dans l'abdomen

479. — *Moschcowitz.* (*New-Yorker Medizinische Monatsschrift*, 1904, XVI, p. 402. — Morris Manges. *Journal of the American Medical Association*, 1905, XLV, p. 1019, cas 17.)

Novembre 1903. — Homme, vingt et un ans. Perforation à la fin de la troisième semaine d'une fièvre typhoïde. Douleur abdominale aiguë. Pas de selle, pas de gaz ; pas de frisson, pas de vomissements ; ventre tympanique, douloureux, distendu.

*Opération* deux jours après. Collection de pus jaunâtre entre les anses. Dans le pelvis, abcès fécal de plus de 1.000 centimètres cubes. Sur l'iléon, perforation du diamètre d'un thaler. On fait un anus artificiel, en suturant les bords de la perforation au péritoine. Drainage. Fermeture du reste de l'incision.

L'anus se ferme spontanément.

*Guérison.*

480. — *Moty* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 7 avril 1908, t. XXXIV, p. 492, cas 1.)

Août 1903. — Soldat du 3e d'artillerie coloniale Fièvre typhoïde grave. Quatorze jours après l'entrée à l'hôpital, vers 3 heures du matin, douleur subite s'étendant bientôt à tout l'abdomen.

*Opération* six heures et quart après le début des accidents. Laparotomie sous-ombilicale. Liquide coloré par la bile, mais sans odeur. Sur l'iléon, à 30 centimètres de la valvule, petite perforation. On place un fil superficiel que l'on serre doucement, et par dessus on fixe une frange épiploïque ; nettoyage rapide ; suture, deux gros drains.

Le lendemain, amélioration apparente : le pouls ; de 114 avant l'opération, est descendu à 80. Aggravation dans la journée.

*Mort* trente-six heures après l'opération.

Pas d'autopsie.

481. — *Moty*. (*Ibid.*, cas 2.)

Janvier 1903. — Soldat au 24e d'infanterie. Fièvre typhoïde grave. Le vingt-septième jour après l'entrée à l'hôpital, signes de perforation, à 4 heures du soir. Douleur s'étend à tout l'abdomen : ascension du pouls et de la température.

*Opération* trois heures et demie après. Chloroforme. Laparotomie médiane. Intestins congestionnés et distendus. Perforation à petite distance de la valvule. Une tentative de suture des bords échoue ; on applique plusieurs fils superficiels à 1 centimètre de la perforation, et on les serre doucement, en appliquant au-dessus d'eux une frange épiploïque que l'on fixe également au mésentère voisin pour éviter les tiraillements. Deux gros drains. Suture de la paroi.

Pouls à 110 dans la soirée. Sérum. Etat grave les jours suivants. Neuf jours après l'opération, parotidite double ; l'incision ne donne pas de pus. Le pouls reste aux environs de 140 ; plaie abdominale rend du pus d'odeur infecte, et tend à se désunir. Eschare sacrée.

*Mort* quatorze jours après l'intervention.

*Autopsie*. — Perforation fermée ; le fil des sutures en train de se détacher ; l'épiploon n'a pas adhéré à l'intestin. Sur celui-ci, plaques de Peyer ulcérées. Pas de perforations. Deux foyers contenant du pus épais et infect, un dans le petit bassin, l'autre sous le lobe droit du foie.

482. — *Mower-White*. (*Lancet*, 26 janvier 1901, p. 256. — *North London Medical and Chirurgical Society*.)

Femme, trente-neuf ans. Atteinte subitement de douleur abdominale violente en soulevant un seau ; admise le lendemain à l'hôpital avec une péritonite aiguë. Enceinte de trois mois.

*Opération*. — Incision médiane. Grande quantité de pus épais. Péritonite dans la partie inférieure de l'abdomen ; intestins agglutinés par de la lymphe. Appendicectomie. Perforation à l'extrémité inférieure de l'iléon, sur le bord libre ; 8 millimètres de diamètre ; bords très épaissis et enflammés. Trois sutures ; puis greffe épiploïque (intestin, sur 10 à 12 centimètres de long, complètement entouré d'épiploon, qui est fixé aux deux feuillets du mésentère et à l'intestin). Lavage à la solution saline chaude. Large tube de drainage en caoutchouc dans le pelvis.

*Guérison*. — Avortement sept jours après l'opération. Température normale. Du dix-septième au trentième jour, rechute avec constipation.

483. — *Moynihan* (*Bristish Medical Journal*, 1899, I, p. 1097. — *Proceedings Leeds and W. Riding Med Chir. Society*. — Keen, 120.)

Homme, seize ans. Perforation à la fin de la troisième ou au début de la quatrième semaine de la fièvre typhoïde.

*Opération* vingt-quatre heures après. Incision médiane. Liquide trouble avec flocons de fibrine. Péritonite intense. Perforation fermée avec trois sutures de Halsted. Lavage à la solution saline chaude stérilisée. Drainage à la gaze.

*Mort* au bout de huit jours, pendant lesquels vomissements violents et diarrhée.

484.— *Müller* (*Deutsche Militæraztliche Zeitschrift*, 1901, XXX, p. 501.)

*Opération* pour perforation intestinale typhique.

*Guérison*.

485. — *Munro J. C.* (*Boston Medical and Surgical Journal*, 5 février 1903, CXLVIII, p. 148, cas 1.)

Homme, vingt-trois ans. Fièvre typhoïde avec légère sensibilité abdominale depuis le début. Perforation dans la quatrième semaine ; huit jours avant, douleur épigastrique ; trois jours avant, douleur abdominale, sans sensibilité ni contracture. A 3 h. 30 du matin, frisson. Cinq heures après, douleur abdominale ; résistance considérable avec contracture généralisée. Nouveaux frissons pendant trois quarts d'heure. Signes de péritonite généralisée.

*Opération* dix-sept heures après le début. Ether. Incision iliaque droite. Liquide trouble abondant. Perforation sur l'iléon près du cæcum. Suture à la soie. Cavité contenant des poches de pus dans le pelvis et la fosse iliaque droite, lavée abondamment. Abdomen fermé.

Après amélioration pendant deux jours, de nouveau contracture et vomissements.

*Mort* cinq jours après l'opération.

*Autopsie*. — Péritonite généralisée ; nécrose de l'ulcération, de telle sorte que les fils ont coupé, et la perforation s'est réouverte.

*Munro J. C.* (*Ibid.*, cas 2.)

Homme, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïde avec symptômes abdominaux marqués dès le début. Perforation dans la sixième semaine. A 4 heures après midi, pouls devient rapide ; augmentation du délire. A 5 heures, soudaine et violente douleur abdominale, avec sensibilité marquée, pouls 160, température 40 ; abdomen légèrement distendu ; rigidité, sensibilité considérable ; moins de douleur.

*Opération* cinq heures et demie après la douleur. Malade en collapsus. Ether. Incision iliaque droite. Matières fécales et sérum trouble. Perforation sur l'iléon, à 15 centimètres de la valvule. Suture à la soie.

*Mort* sur la table d'opération.

487. — *Munro J. C.* (*Ibid.*, cas 3.)

Homme, vingt-quatre ans. Cas ambulatoire jusqu'à la quatrième semaine de la maladie. Perforation dans la septième semaine. Dix-sept jours avant l'opération, abdomen tendu et sensible, hémorragie ; quatre jours après, trois autres hémorragies. L'abdomen redevient souple et non sensible. La veille de la perforation, plusieurs selles molles contenant du sang. Le jour de la perforation, à 11 h. 30 du matin, douleur abdominale généralisée ; légère sensibilité ; amélioration par cathétérisme vésical. A 3 heures, douleur, sans changement du pouls et de la température ; amélioration considérable par cathétérisme ; légère rigidité persistante. Température monte à 40°8. Contracture, pouls 125, nausées.

*Opération* sept heures après le début. Ether. Incision iliaque. Sérum trouble et matières fécales. Trois perforations complètes sur l'iléon, à 7 cm. 5, 60 centimètres et 90 centimètres de la valvule. Suture à la soie. Drainage.

*Mort* trois jours après de péritonite (pouls 160, températ. 41°1). Pas d'autopsie.

488. — *Munro J. C.* (*Ibid.*, cas 4)

Homme, dix-huit ans. Fièvre typhoïde avec symptômes abdominaux dès le début. Perforation dans la quatrième semaine. Deux jours avant, hémorragie suivie de douleur abdominale généralisée, légère distension et rigidité, sans sensibilité particulière. La veille, nausées, distension considérable, chute de température de 38°9 à 37°2 en huit heures. Le jour, à 8 heures du matin, vomissement abondant ; à 9 heures, douleur aiguë dans la fosse iliaque droite, se généralisant ; sensibilité, troubles croissant.

*Opération* à midi. Ether. Incision iliaque. Partie inférieure de l'abdomen et pelvis remplis de matières fécales, de pus et de lymphe. Petite perforation sur l'iléon à 30 centimètres de la valvule. Suture à la soie. Drainage.

*Mort* six heures après.

Pas d'autopsie.

489. — *Munro J. C.* (*Ibid.*, cas 5.)

Homme, trente ans. Fièvre typhoïde avec symptômes abdominaux dès le début. Perforation dans la troisième semaine. La veille de la perforation, légère douleur et distension, température monte de 37°8 à 39°4. Pendant la nuit, chute de température à 36°7, pouls reste à 80 ; douleur et sensibilité généralisées : dureté ligneuse de l'abdomen ; pas de collapsus marqué. Puis tous les signes de péritonite généralisée.

*Operation.* — Ether. Incision iliaque. Liquide trouble, pus et matières fécales. A 45 centimètres de la valvule, début de perforation. Suture à la soie. A 30 centimètres du cæcum, l'intestin était gangrené et friable sur une longueur de 15 centimètres ; suture impossible ; anse amenée au dehors et suturée à la paroi, après lavage de l'abdomen. Seconde incision médiane pour drainage.

Amélioration considérable. Commence à vomir le quatrième jour.

*Mort* cinq jours après l'opération, probablement de péritonite.

Pas d'autopsie. Pas d'obstruction dans l'anse prolabée.

490. — *Munro J. C.* (Burrell et Bottomly, *Boston City Hospital Medical and Surgical Reports*, 1898-1899, p. 126. — Keen, 122. Finney, 78.)

Octobre 1895. — Homme, adulte. Fièvre typhoïde. Le onzième jour, soudainement, douleur aiguë dans la région iliaque droite ; nausées et vomissements. La douleur se généralise. Constipation. Trois jours après, matité et rigidité musculaire marquée dans le côté droit au-dessous de l'ombilic. Abdomen distendu, tympanique, sensible.

*Opération* trois jours après le début. On trouve une cavité bien limitée, de la dimension du poing, et pleine de pus. Drainage.

*Mort* dix heures après.

*Autopsie*. — Appendice normal.

491. — *Munro J. C. et Buckingham.* (*Trans. Amer. Surg. Association*, 1900, p. 413, cas 12. — *Boston Med and Surg. Journal*, 1903, p. 149, cas 7.)

Septembre 1899. — Femme, vingt-six ans. Fièvre typhoïde grave. Deux hémorragies intestinales six et cinq jours avant la perfotion. Perforation dans la cinquième semaine ; douleur abdominale et sensibilité. Quatre heures après, grande distension, sensibilité généralisée, frisson, collapsus, pouls mauvais, chute de température à la normale ; pas de vomissements.

*Opération* six heures après la douleur. Malade moribonde. Ether. Incision iliaque droite. Liquide trouble. Péritonite généralisée extrême (paraissant remonter à plus de six heures). Perforation sur l'iléon. Suture à la soie.

La malade vomit alors dans sa trachée et *meurt* sur la table d'opération.

Pas d'autopsie.

492. — *Munro J. C. et H. Jackson.* (Shattuck, Warren et Cobb. *Transactions of the American Surgical Association*, 1900, p. 409, cas 7. — Munro. *Boston Medical and Surgical Journal*, 5 février 1903, CXLVIII, p. 148, cas 6. — Keen, 121.

Juillet 1898. — Homme, trente ans. Fièvre typhoïde légère, avec, dès le début, légère sensibilité dans les régions iliaques. Perforation le vingtième jour. A 10 heures du matin, douleur abdominale non localisée ; pas de sensibilité, ni de contracture. A 1 h. 30 après-midi, douleur violente, collapsus, frisson, chute de température de 40°5 à 36°7, ascension du pouls à 100. Abdomen dur, rigide, sensible. Distension et tympanisme.

*Opération* huit heures après la première douleur. Ether. Incision sur le bord du droit. Lymphe sur les anses. Petite perforation sur l'iléon, suturée à la soie. Irrigation. Drainage.

Le lendemain, état excellent, pouls et température normaux. Le matin du jour suivant, collapsus soudain sans nausées, ni vomissements, ascension rapide du pouls.

*Mort* dans l'après-midi.

*Autopsie*. — Suture étanche ; rien dans l'abdomen qui puisse expliquer la mort.

493. — *Munro J. C. et Jackson.* (*Transact. of the Am. Surg. Assoc.*, 1900, p. 47, cas 20. — *Boston Medical and Surgical Journal*, 5 fév. 1903, p. 149, cas 8.)

Septembre 1899. — Homme, trente-quatre ans. Fièvre typhoïde grave. Première perforation probable dans la troisième semaine : la veille, vomissement, chute soudaine du pouls et de la température, collapsus et tympanisme croissant. Opération proposée et refusée. Reste très malade jusqu'à la neuvième semaine. Une petite hémorragie dans la quatrième semaine. Nouveaux signes de perforation, le cinquante-huitième jour de maladie. La veille, douleur aiguë dans l'hypocondre gauche, disparaissant pendant la nuit. Le jour, à 3 heures après-midi : vomissement ; douleur violente et généralisée, croissante ; chute de température jusqu'à hypothermie, pouls 128.

*Opération* quelques heures après. Ether. Incision médiane. Péritonite généralisée. Liquide trouble, et flocons de fibrine. Deux perforations sur l'iléon, à 7 cm. 5 de la valvule. Sutures à la soie. Lavage. Drainage (tube et gaze) par l'incision médiane, et une seconde incision dans la région iliaque droite. L'iléon montrait une cicatrice récente, probablement la perforation guérie de la troisième semaine.

Alternatives d'amélioration et d'aggravation ; vomissements.

*Mort* dix jours après l'opération.

Pas d'autopsie.

494. — *Munro J. C. et Williams F. H.* (*Transactions of the Am. Surg. Assoc.*, 1900, p. 408, cas 6. — *Boston Medical and Surgical Journal*, 1900, I, p. 688, cas 6. — *Munro, Boston, and S. J.*, 5 fév. 1903, p. 149, cas 9.)

Novembre 1899. — Homme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde grave. Perforation le vingt-sixième jour. La veille, hémorragie et frisson, suivie par seconde hémorragie et collapsus. A 9 heures du matin, douleur abdominale sévère ; distension, et contracture. Pas de nausées, ni de vomissements. Leucocytes : 13.200.

*Opération* quatre heures après la douleur. Ether. Incision dans la région iliaque droite. Liquide trouble. Dans la région iliaque droite, cavité d'abcès, limitée par des adhérences solides, remplie de pus, de sang et de matières fécales ; large perforation déchiquetée sur l'iléon, suturée à la soie. Pus et matières fécales dans le pelvis. Irrigation. Drainage.

Six hémorragies.

*Mort* quarante-huit heures après l'opération, de péritonite généralisée.

Pas d'autopsie.

495. — *Murphy J. B.* (Keen, 22. Finney, 80.)

Homme, trente et un ans. Perforation le dix-huitième jour.

*Opération* quarante et une heure après. Exsudats et adhérences dans toute la moitié inférieure droite du ventre. Perforation à 30 centimètres de la valvule. Suture Czerny-Lembert. Lavage. Drain.

*Mort* trois heures après.

Pas d'autopsie.

496. — *Murphy J. B.* (Keen, 41. Finney, 81.)

Homme, trente et un ans. Perforation le dix-huitième jour. Diagnostic de péritonite.

A l'*opération*. péritonite plus marquée près de la valvule. Pas de perforation trouvée, mais grosse excoriation et injection au niveau de la base d'une ulcération. Irrigation avec solution salée normale ; la moitié en est laissée dans le péritoine, qui est alors fermé.

*Guérison.*

497. — *Murphy J. B.* (*Journal of the American Medical Association*, 11 avril 1903, XL, p. 978.)

Novembre 1902. — Homme, trente-cinq ans. Perforation dans la troisième semaine d'une fièvre typhoïde nette. A 3 heures après-midi, douleur subite et violente dans la région ombilicale, et se généralisant aussitôt à toute la moitié inférieure de l'abdomen ; vomissements ; tympanisme. Matité mobile dans le flanc droit de l'hypogastre ; distension modérée,

*Opération* sept heures après le début. Malade en position demi-assise. Ether. Incision à droite à travers le muscle droit. Issue d'une grande quantité de liquide jaune vert, contenant des flo-

cons de lymphe. Pas d'adhérences. A 30 centimètres de la valvule, sur l'iléon, perforation de 4 mm. 5 de diamètre, au centre d'une plaque de Peyer infiltrée. Enfouissement, sous deux rangs de sutures de Lembert à la soie, passées en tissu sain. Pas d'essuyage. Paroi abdominale suturée ; en bas, deux tubes de caoutchouc plongeant dans le pelvis. A travers ces tubes, lavage à la solution saline normale. Durée : vingt-sept minutes.

Sérum intra-veineux. Position demi-assise dans le lit. Huile camphrée, strychnine, sérum antistreptococcique ; lavements salins.

*Guérison.*

498. — *Nandrot et Halbron.* (*Tribune Médicale*, 14 octobre 1905, p. 645.)

Juin 1905. — Garçon, cinq ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Au sixième ou septième jour, le matin, une heure après manger, douleur extrêmement violente dans la fosse iliaque droite ; nausées, et quelques vomissements bilieux. Deux selles diarrhéiques ; vomissements verdâtres. Avant l'opération : facies grippé, dyspnée intense ; température rectale, 39°5 ; pouls petit, incomptable ; violentes douleurs abdominales diffuses ; hyperesthésie généralisée ; ballonnement considérable ; contracture intense ; tympanisme ; disparition partielle de la matité hépatique ; matité dans les parties déclives.

*Opération* douze heures après le début. Chloroforme. Incision médiane. Issue de liquide noirâtre et de pus fétide. Anses distendues et congestionnées. Incision iliaque droite. Ganglions mésentériques très augmentés de volume. Sur l'iléon, plaques de Peyer ecchymotiques. Sur l'une d'elles, à 25 centimètres du cæcum, perforation grosse comme une petite lentille. Surjet à la Lembert, à la soie n° 0. Deux gros drains. Deux crins seulement sur chaque incision.

Sérum. — Aucune amélioration, sauf de la douleur.

*Mort* trente-six heures après l'opération.

*Autopsie.* — Lésions de fièvre typhoïde : nombreuses plaques ulcérées ; suture intacte.

499. — *Neff J. M.* (J. E. Allaben, *Journal American Medical Association*, 1907, XLIX, 554-559.)

(Observation du propre fils d'Allaben.)

1905. — Homme, dix-sept ans. Fièvre typhoïde grave, débutant le 27 septembre 1905 par frisson intense, et température 39°4. Le trentième jour, légère hémorragie intestinale. Deux jours

après, à la suite d'un lavement, douleur violente dans la partie inférieure de l'abdomen, s'irradiant dans le pénis. Avant ces symptômes, température 38°1, pouls 98 ; sept heures plus tard, température 40°8, pouls 108.

*Première opération*, 5 octobre 1905. — Trente-sept heures après la perforation Perforation du diamètre d'un crayon, sur l'iléon, à 30 centimètres du cæcum. Suture. Drainage sans éponger ni laver.

Une semaine environ après, formation d'une fistule stercorale au point où était le tube de drainage.

*Deuxième opération*, 27 octobre. — Pour une poche de pus. Mais on n'en trouve pas. On rompt quelques adhérences intestinales. Drain de caoutchouc.

A la suite beaucoup de matières fécales passaient par la fistule.

Le 10 novembre, dans la soirée, douleur soudaine dans la partie supérieure de l'abdomen. Distension dans cette région ; diminution considérable des matières sortant par la fistule. (Depuis huit jours, la température était normale.)

*Troisième opération.* — Le 11 novembre, pour obstruction intestinale. Incision latérale droite, sus-ombilicale. Rétrécissement de l'intestin grêle par une bride fibreuse. Section de cette bride.

*Mort* huit heures après.

*Autopsie partielle.* — La fistule stercorale siégeait au niveau de la perforation de l'iléon, qui s'était réouverte. Dans la profondeur du petit bassin, à gauche, circonscrit par de l'exsudat et des anses d'intestin grêle adhérentes entre elles, abcès contenant quatre à six onces de pus très virulent. De plus, une perforation du cæcum, lequel reposait dans l'angle inférieur de la plaie. Pas de décharge fécale à travers elle ; le contenu intestinal se serait d'ailleurs déversé en dehors de la cavité péritonéale.

500-501. — *Neilson.* (*Episcopal Hospital Records*. Philadelphie. — Harte and Ashhurst, cas 262 et 263.)

Deux cas d'*opération* pour perforation intestinale typhique, avec *mort*.

502. — *Nevison W. H.* (C.-E. Briggs. *American Journal of the Medical Sciences*, 1902, ns. CXXIII, p. 39, cas 1.)

Août 1899. — Homme, quarante-sept ans. Fièvre typhoïde modérément grave. Le vingt et unième jour, à 6 h. 1/2 du matin, douleur dans la partie inférieure de l'abdomen, irradiée au gland, progressivement croissante, et rapidement généralisée ; légers

vomissements ; ascension de la température (38°3 à 39), et du pouls (70 à 104) ; sensibilité ; rigidité, distension modérée.

*Opération* cinq heures après le début. Chloroforme. Incision oblique. Liquide abdominal brun foncé, avec matières fécales. Sur le bord libre de l'iléon, à 8 centimètres du cæcum, perforation de 3 millimètres de diamètre, au centre d'une zone indurée de 2 centimètres. Deux rangs de suture continue de catgut à la Lembert. Lavage à l'eau stérilisée. Drainage à la gaze iodoformée. Durée : trente minutes.

Légère distension ; pas de douleur, sauf le lendemain de l'opération : par la plaie écoulement extrêmement abondant, de couleur noirâtre, pendant les dernières vingt-quatre heures.

*Mort* soixante-quinze heures après l'opération.

*Autopsie*. — Péritonite localisée autour de la lésion et des mèches de gaze. Résorption presque complète de la suture au catgut : perforation réouverte. Quatre autres perforations ouvertes dans la même zone de péritonite localisée. Ulcères confluents sur le cæcum, non perforés.

503. — *Nevison W. H.* (*Ibid.*, p. 41, cas 2.)

Août 1899. — Homme, dix-sept ans. Fièvre typhoïde grave. Constipation marquée ; légère distension. Hémorragies intestinales les dix-septième et dix-huitième jours de maladie, précédées par une douleur abdominale considérable. Signes de perforation le dix-huitième jour : douleur abdominale, sensibilité, rigidité, distension modérée, ascension du pouls, pas de changement de température, légers vomissements. Mauvais état.

*Opération* huit heures après le début. Chloroforme. Incision latérale droite. Liquide abdominal brun foncé, avec caillots. Perforation sur l'iléon à 25 centimètres du cæcum. Deux rangs de sutures continues de soie à la Lembert. Lavage avec solution saline et eau stérilisée. Drainage à la gaze. Durée : vingt-cinq minutes.

*Mort* seize heures après l'opération, de péritonite généralisée

*Autopsie*. — Suture intacte ; pas d'autre perforation ; péritonite généralisée.

504. — *Nichols E. H.* (John C. Munro. *Boston Medical and Surgical Journal*, 5 février 1903, CXLVIII, p. 149, cas 12.)

Homme, trente-trois ans. Fièvre typhoïde avec douleur abdominale généralisée dès le début de la maladie. Perforation dans

la deuxième semaine. Vomissements répétés et frissons violents

*Opération* deux jours après. Ether. Incision iliaque droite. Grande quantité de liquide trouble et de matières fécales dans l'abdomen. Adhérences autour de l'appendice, qui est enlevé. Perforation sur l'iléon, à 20 centimètres de la valvule. Suture à la soie. Deuxième incision dans la région iliaque gauche. Lavage. Drainage.

*Mort* six heures après.

505. — *Nutt.* (H. G. Mc Cormick. *Therapeutic Gazette*, 15 août 1903, p. 513.)

Septembre 1900. — Homme, dix-neuf ans. Fièvre typhoïde. Le treizième jour, un peu de douleur abdominale. Deux heures après, température tombe à la normale ; pouls faible ; douleur continue. Pendant la nuit, température 35°5 ; vomissements considérables.

*Opération* le lendemain matin. Incision le long du muscle droit. Intestin couvert de larges plaques de fibrine ; et adhérent à la paroi abdominale. Perforation de 12 millimètres de diamètre, sur l'iléon, le long de l'attache mésentérique, à 15 centimètres de la valvule. Suture à la soie. Deux autres points menaçants, situés plus haut, renforcés aussi à la soie. Abdomen était rempli de liquide jaunâtre d'odeur fécaloïde, et de particules fécales. Lavage à la solution saline chaude. Drainage avec quatre paquets de gaze iodoformée. Fermeture partielle de l'incision.

*Guérison.*

506. — *O'Hara.* (A. V. M. Anderson, *Intercolonial Medical Journal of Australasia*, 1904, IX, p. 64.)

Janvier 1904. — Homme, douze ans, admis le 26 décembre 1903 à l'hôpital. Malade depuis une quinzaine de jours. Signes nets de fièvre typhoïde. A partir du 6 janvier 1904, température normale le matin, oscillant encore la nuit entre 37°2 et 39°1. Dans la nuit du 9 au 10 janvier (fin de la quatrième semaine), frissons. Le matin, après avoir bu du café, douleur subite dans la région hypogastrique droite. Deux heures après, sensibilité de cette région ; contracture du muscle droit à droite, Pouls 120, température 38°1. A 2 heures de l'après-midi, température 39°8. Puis signes de péritonite ; douleurs, sensibilité généralisée, un peu de distension, rigidité musculaire, faciès péritonéal.

*Opération* dix-neuf heures après la perforation. Chloroforme.

Incision latérale droite. Sur l'iléon, très petite perforation à 7 cm. 5 de la valvule. Trois sutures à la Lembert. Lavage. Drain de caoutchouc. Durée : quarante minutes.

Le lendemain matin, température 37°2, pouls 120. Température normale le 3 février. Suppuration abondante.

Le malade sort *guéri* le 4 mars, cinquante et unième jour après l'opération.

507. — *Ortmann* (Mikulicz, *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, XVIII Congress, s. 324. — Finney, 73.)

Homme, trente-huit ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation dans la deuxième semaine. Diarrhée très grave, suivie de constipation et de vomissements.

*Opération* quarante-huit heures après le début. Mauvais état. Incision médiane. Grande quantité de liquide purulent, fécaloïde ; anses intestinales distendues et adhérentes entre elles. Perforation, du diamètre d'une pièce de 5 pfennigs, sur l'iléon, à 60 centimètres de la valvule. Suture. Lavage avec solution salicylée ; nettoyage ; pas de drainage.

*Mort* en collapsus douze heures après.

*Autopsie.* — Péritonite septique diffuse.

508. — *Osler W.* (rapporte). (*Journal of the American Medical Association*, 1er avril 1905, p. 1026.)

1905. — Homme. Dans le dixième ou onzième jour d'une fièvre typhoïde, à midi, douleur aiguë dans l'abdomen.

*Opération* à 3 heures. — Perforation suturée.

*Guérison.* — Fièvre typhoïde très grave.

509. — *Panton A. C.* (*Annals of Surgery*, août 1897, XXVI, p. 219. — Keen, 64. Finney, 83.)

Mai 1897. — Homme, quarante-cinq ans. Fièvre typhoïde durant trois semaines. Dix-sept jours après, rechute. Le quarante-huitième jour après le début de la maladie, soudainement, douleur violente dans le côté inférieur droit de l'abdomen. Shock et collapsus.

*Opération* vingt-cinq heures après. Ether. Incision latérale. Gaz abondants ; matières fécales jaunes. Péritonite généralisée intense, plus marquée dans la région iléo-cœcale. Intestins très distendus. Appendice normal. Sur l'iléon, à 30-45 centimètres de la valvule, perforation de 5 millimètres de diamètre. Quinze points séparés de suture de Lembert à la soie fine, renforcés par une suture

continue à la soie. Grand lavage à la solution salée normale chaude. Drainage à la gaze iodoformée. Incision partiellement fermée. Durée : une heure.

*Guérison.*

510. — *Parkin.* (*British Medical Journal*, 1895, 1, p. 192. — Keen, 37. Finney, 84.)

Femme, trente-deux ans. Fièvre typhoïde grave. Perforation dans la troisième semaine. Douleur soudaine et intense à l'ombilic ; collapsus ; température 38°3 ; abdomen tendu et dur en quelques minutes ; disparition de la matité hépatique ; pouls rapide et faible ; respiration rapide et superficielle.

*Opération.* — Incision médiane. Chloroforme, puis éther. Quantité considérable de gaz et de liquide trouble jaune. Très petite perforation à 60 centimètres du cæcum, sur une large ulcération. Celle-ci est plissée longitudinalement ; suture continue à la Lembert. Lavage avec solution phéniquée faible. Tube de drainage et suture.

Pendant deux jours, l'état s'améliore ; alors, délire et température 38°9.

Après avoir essayé de sortir du lit, soudaine douleur abdominale.

*Mort* dix heures après, (le troisième jour.)

*Autopsie.* — Près du cæcum, large ulcération dont le plancher très mince, est dépourvu de péritoine ; autour, péritonite. Perforation suturée, étanche. L'iléon, dans ses 7 1/2 derniers centimètres, est entièrement ulcéré, avec seulement çà et là quelques îlots de muqueuse.

511. — *Patteson R. Gl.* (William Taylor, *Dublin Journal of Medical Science*, janvier 1901, p. 3, cas 2.)

Femme, vingt-huit ans. Perforation dans la cinquième semaine d'une fièvre typhoïde grave.

*Opération* cinq à six heures après. Perforation extrêmement petite à 30 centimètres de la valvule. Les bords sont épongés. Une suture continue, et un rang de points séparés à la Lembert. Pas d'autre perforation. Lavage à la solution saline chaude. Incision complètement fermée.

*Mort* six heures après l'opération,

*Autopsie.* — Sutures intactes.

512. — *Pearson A. E.* (*British Medical Journal*, 1899, I, p. 1097. — *Proceedings Leeds and W. Riding Med. Chir.* — Keen, 125.)

Garçon, quatorze ans. Perforation le seizième jour de la fièvre typhoïde.

*Opération* neuf jours après. Incision dans la région iliaque gauche. Une pinte de pus d'odeur fécaloïde évacuée. Tubes de drainage.

Progrès satisfaisants pendant quatorze jours ; quand, rechute durant deux semaines.

Partaite *guérison.*

513. — *Peyrot.* (N. Mauger, Thèse de Paris, juillet 1900, p. 98, cas 36.)

Janvier 1899. — Homme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Le quinzième jour, dans la matinée, douleur vive et soudaine dans le flanc droit. Nausées, quelques vomissements. Douleur s'est généralisée à tout l'abdomen. Le lendemain matin, ventre modérément ballonné ; hyperesthésie généralisée ; rénitence très nette dans la région appendiculaire ; facies mauvais ; langue sèche ; pouls 120 ; température 37°4.

*Opération.* — Incision latérale droite. Ecoulement d'un peu de liquide séro-purulent mélangé de matières fécales. Perforation de 2 millimètres de diamètre, à 15 centimètres de la valvule, sur l'iléon. Deux plans de points séparés à la Lembert. Appendice sain. Contre-incision latérale gauche. De chaque côté, deux gros drains dans le bassin, deux autres gros tubes jusque dans les fosses lombaires. Irrigation à l'eau bouillie. Incisions laissées ouvertes.

*Guérison.*

514. — *Pick T. P.* (Pick et H. D. Rolleston, *Transactions of the Clinical Society of London*, 1898, XXXI, p. 234. — *British Medical Journal*, 1898, I, p. 1328. — Keen, 126. Finney, 85.)

Homme, vingt et un ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Widal positif. Douleur abdominale, avec diarrhée et vomissements. Deux jours après, ascension de température, pouls 120, respiration 34 ; ni distension ni sensibilité en aucun point. Le lendemain, agitation, douleur abdominale sévère ; pouls 140 ; chute de température ; abdomen distendu ; malade plus faible.

*Opération* quatre jours après le début des symptômes. Péritonite fibrineuse ; un peu de liquide trouble ; pas de gaz libres. Intestins très congestionnés et adhérents. On ne trouve pas de perforation sur l'intestin grêle. L'appendice est épaissi et enflammé, et perforé près de sa base. Il est enlevé, et le moignon invaginé. Tube de drainage.

*Mort* deux jours après l'opération.

*Autopsie.* — Lésions typhiques bien marquées sur les intestins.

515. — *Picqué L.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*; 31 mars 1908. T. XXXIV, p. 451.)

Juin 1907. — Homme, vingt-trois ans. Fièvre typhoïde de gravité moyenne. Perforation le douzième jour de la maladie : douleur subite à maximum dans la fosse iliaque droite : défense de la paroi à ce niveau ; vomissements ; pouls monte de 110 à 140.

*Opération* trois heures après le début. Incision médiane. Liquide abondant, fécaloïde. Anses dilatées et très vascularisées. Perforation longue, de 3 millimètres de diamètre, sur l'iléon, au voisinage de la valvule ilio-cæcale. La grande friabilité de la paroi rend la fermeture très difficile. Drainage.

Aggravation rapide de l'état général après l'opération.

*Mort* vingt heures après.

516. — *Platt J. E.* (*Lancet*, 25 février 1899, p. 505, cas 1. — *British Medical Journal*, 1899, I, p. 345. — Keen, 127.)

Novembre 1898. — Homme, trente-sept ans. Fièvre typhoïde légère. Le onzième jour, à huit heures du soir, douleurs aiguës dans la partie inférieure droite de l'abdomen ; ascension de température à 40°3. Le lendemain, vomissements ; distension abdominale ; pas de selle ; pouls 96. Disparition de la matité hépatique.

*Opération* vingt-deux heures après le début. Incision sur la ligne semi-lunaire droite. Gaz et un peu de liquide fécaloïde. Intestins très distendus. Perforation de 6 millimètres de diamètre sur le bord libre de l'iléon. Anses voisines couvertes de fibrine. Bords tournés en dedans et surfaces péritonéales réunies par suture continue à la soie. Lavage abondant avec solution saline chaude normale. Tube de drainage en caoutchouc. Suture du reste de la plaie. Durée : cinquante minutes.

*Guérison.*

517. — *Platt J. E.* (*Ibid.*, cas 2. Keen, 128.)

Novembre 1898. — Homme, dix-sept ans. Fièvre typhoïde grave. Le vingt-huitième jour, à quatre heures après-midi, un vomissement ; abdomen un peu ferme. Nausées, distension abdominale, tympanisme sur le foie. Hoquet, distension croissante, abdomen très sensible ; pouls 140.

*Opération* dix-huit heures après le début. Incision latérale. Gaz

et matières fécales. Intestins très distendus. Perforation sur l'iléon, à 22 cm. 5 de la valvule. Bords tournés en dedans ; points séparés à la Lembert. Lavage à la solution saline chaude. Tube de drainage dans le pelvis. Suture du reste de l'incision. Durée : quarante minutes. Injection intra-veineuse de sérum.

*Mort* huit heures et demie après l'opération.

*Autopsie.* — Péritonite généralisée ; six ou sept autres ulcères sur l'iléon ; suture intacte.

518. — *Platt J. E.* (*Ibid.*, p. 506, cas 3. Keen, 129.)

Novembre 1898. — Homme, vingt-deux ans. Fièvre typhoïde grave. Le vingtième jour, à 2 heures du matin, douleur en coup de poignard dans l'abdomen. Distension, sensibilité et rigidité abdominales ; facies grippé et pâle ; tympanisme hépatique et splénique. Nausées.

*Opération* dix-neuf heures après le début. Incision latérale. Gaz et liquide fécaloïde. Intestins très distendus. Perforation sur l'iléon à 22 centimètres de la valvule. Bords tournés en dedans ; points séparés à la Lembert. Lavage à la solution saline chaude. Tube de drainage. Suture du reste de la paroi. Durée : quarante-cinq minutes.

*Mort* quarante-neuf heures après.

*Autopsie.* — Suture intacte ; péritonite limitée au pelvis et à la région iliaque droite ; nombreuses ulcérations typhiques. Obstruction intestinale par une bride sur le milieu du côlon transverse : en deçà, distension ; au delà, aplatissement de l'intestin.

519. — *Platt J. E.* (Keen, 130,)

Homme, vingt-six ans.

*Opération* trente-six heures après la perforation. Incision médiane. Péritoine légèrement enflammé ; mais, ni gaz libres, ni matières fécales, ni liquide. Une rapide recherche ne révèle pas la présence d'une perforation. Suture de l'abdomen.

*Mort* quinze heures après.

*Autopsie.* — Perforation sur une anse d'iléon dans le pelvis, et siégeant à 8 centimètres de la valvule. Nombreuses adhérences limitant la péritonite surtout au côté droit du pelvis.

520. — *Platt J. E.* (Keen, 131.)

Homme, vingt-cinq ans.

*Opération* environ quatre-vingt-seize heures après la perfora-

tion. Incision médiane. Grande quantité de matières fécales dans le pelvis. Large perforation ovalaire, le grand diamètre étant transversal par rapport à l'axe de l'intestin. Suture. Seconde perforation sur une anse d'intestin adhérente au pelvis ne peut être fermée, parce que retenue en bas par des adhérences solides.

*Mort* sept heures après l'opération.

*Autopsie.* — Péritonite généralisée ; pus et matières fécales dans le pelvis ; nombreuses et larges ulcérations gangréneuses jusqu'à 1 m. 20 du cæcum ; une ulcération au niveau de l'angle hépatiques ; sutures intactes.

521. — *Pluyette.* (E. Boinet, *Archives Générales de Médecine*, novembre 1899, p. 542.)

Septembre 1899. — Homme, trente et un ans. Fièvre typhoïde normale. Variations de température et constipation dans les jours qui précèdent la perforation. Après une purgation, le seizième jour, à 11 heures du matin, vives douleurs abdominales dans l'hypogastre et la région iliaque droite. Une heure après, température avait baissé de 0° 4. Rétention d'urine. Le lendemain matin, ventre tendu, météorisé, très douloureux à la pression, surtout dans fosse iliaque droite ; contracture abdominale marquée ; pouls mou, filiforme ; respiration superficielle, anhélante ; pupilles dilatées ; facies péritonéal ; rétention d'urine ; nausées ; pas de vomissements.

*Opération* vingt-trois heures après la douleur de début. Chloroforme. Incision médiane. Flot de liquide sanieux, purulent. Intestins météorisés, rouges, couverts de fausses membranes ; quelques adhérences. Sur l'iléon, près du cæcum, perforation de 6 millimètres de diamètre, à bords réguliers, noirâtres. Sutures en bourse et séro-séreuses. A 2 centimètres, sur le bord libre de l'intestin, plaque ulcérée. Lavage abondant à la solution saline normale.

*Mort* quatre heures après l'opération.

*Autopsie.* — Péritonite septique suraiguë généralisée ; suture intacte ; au-dessus de la perforation, huit ulcérations profondes, dont deux très larges sont seulement fermées par le péritoine. Lésions viscérales typhiques.

522. — *Pluyette et Alezais.* (*Comité Médical des Bouches-du-Rhône* (Marseille), 22 avril 1904.)

Novembre 1903. — Femme, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïde

typique du 10 juillet au 5 ou 6 août ; deux petites entérorragies les seizième et dix-septième jours. Convalescence traînante avec persistance de troubles gastriques ; mais pas de rechute, pas de fièvre. Douleurs plus violentes au mois d'octobre, se localisant dans l'abdomen.

*Laparotomie* en novembre. Poche purulente intrapéritonéale s'enfonçant derrière l'utérus, dont le contenu avait une odeur fécaloïde. Drainage abdomino-vaginal.

Drainage vaginal rapidement tari. Par le drain abdominal, liquide d'odeur fécaloïde ; et au bout d'un mois, matières fécales jaunâtres. Amaigrissement progressif.

*Mort* le 17 mars 1904.

*Autopsie.* — Petite perforation de l'iléon, au niveau d'une plaque de Peyer ulcérée et s'ouvrant dans le clapier purulent. Trois autres plaques encore ulcérées. Infarctus septiques dans le foie.

523. — *Poisson et Aubry.* (*Gazette Médicale de Nantes*, janvier 1901.)

Décembre 1900. — Homme, vingt-trois ans. Fièvre typhoïde avec un peu de délire. Le dix-huitième jour, température tombe à 36 degrés (de 38 degrés), pouls rapide, coliques vives. Ascension de température : 37°7 le soir : le lendemain, matin, 38°8 ; soir 39°4. Descente le matin du vingtième jour à 37 degrés. Coliques. Hyperesthésie abdominale, contraction des droits, surtout à gauche ; vomissements vert jaunâtre ; facies grippé, pouls petit ; oligurie, pas de ballonnement.

*Opération* deux jours après le début. Abdomen plein de liquide jaunâtre, fécaloïde, d'odeur fétide. Fausses membranes sur les anses intestinales. Perforation sur l'iléon à 60 centimètres du cæcum. Suture. Lavage abondant à l'eau salée. Drain et mèche de gaze salolée. Suture partielle de la paroi.

*Mort* dans l'après-midi.

*Autopsie.* — Péritonite généralisée, surtout intense dans petit bassin. Pus collecté dans hypocondres, sous foie, dans petit bassin. A 15 centimètres au-dessous de la suture, ulcération à l'emporte-pièce de 5 millimètres allant jusqu'au péritoine. Quatre ou cinq autres ulcérations profondes et larges.

524. — *Poncel.* (*Marseille Médical*, 1er juillet 1908.)

Homme. Fièvre typhoïde légère. Perforation le 21e jour. Douleur vive ; météorisme exagéré, température monte de 38 degrés à 40°7. Vomissements porracés, etc.

*Opération* treize heures après. Incision de Roux. Ablation de l'appendice malade. Prolongation de l'incision vers la ligne médiane. Détersion du bassin et des anses à la gaze fortement iodoformée. Perforation sur une plaque à 15 centimètres du cæcum. Suture à la Lembert. Toutes les plaques enflammées et ulcérées imprégnées d'iodoforme. Drainage.

Suites parfaites. Le lendemain, température 38 degrés, plus de météorisme ni de vomissements ; gaz et une selle le troisième jour ; le quatrième jour, hémorragie légère ; dans la nuit du cinquième jour, abondante hémorragie qui entraîne la *mort* du malade.

525. — *Porter C. B. et Gannett.* (Shattuck, Warren et Cobb, *Transactions of the American Surgical Association*, 1900, p. 413, cas 13.)

Octobre 1899. — Homme, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïde légère, avec distension abdominale, mais pas de douleurs. Perforation à la fin de la troisième ou au début de la quatrième semaine. A quatre heures du matin, douleur intense, distension abdominale. Distension croissante, face anxieuse, rigidité générale, sensibilité abdominale généralisée. Pas de chute de température.

*Opération* douze heures après le début. Ether. Incision médiane. Grande quantité de liquide trouble et de gaz. Intestins très injectés, distendus, couverts de fibrime. Perforation en tête d'épingle, juste auprès de la valvule, sur l'iléon. Suture. Irrigation. Pas de drainage. Durée : une heure et demie.

*Mort* deux heures après.

Pas d'autopsie.

526. — *Porter C. B. et Shattuck F. C.* (*Boston Medical and Surgical Journal*, 15 avril 1897, p. 354. — Shattuck, Warren et Cobb. *Transactions of the American Surgical Association*, 1900, p. 411, cas 10. — Keen, 132 et 63. Finney, 87.)

Octobre 1896. — Homme, dix-neuf ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation le dix-huitième jour. Douleur violente dans l'abdomen croissant rapidement. Pas de collapsus ; pas de chute de température. Huit heures après, signes de péritonite généralisée : pouls 112 ; sueurs ; température a baissé un peu ; facies grippé, abdomen rigide ; sensibilité généralisée ; pas de vomissements ; pas d'oblitération de la matité hépatique. Leucocytes : 14.700.

*Opération* onze heures après le début. Ether. Incision médiane.

Péritonite généralisée ; liquide séro-purulent, d'odeur fétide ; pas de matières fécales. Perforation à 15 centimètres du cæcum. Invagination sous deux rangs de sutures à la Lembert. Pas de lavage. Essuyage. Drainage à la gaze.

*Mort* trois jours après l'opération, avec distension considérable et continuels vomissements fécaloïdes.

*Autopsie*.— Pas de péritonite ; suture solide, mais, à son niveau, obstruction intestinale due à une masse fécale dure et sèche.

527. — *Post.* (J. C. Munro, *Boston Medical and Surgical Journal*, 5 février 1903, p. 150, cas 14.)

Homme, quarante-huit ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Perforation dans la cinquième semaine. Douleur subite dans l'abdomen, avec besoin constant de défécation. Hypothermie, pouls 140, tympanisme généralisé, contracture et sensibilité.

*Opération* vingt-quatre heures après le début. Ether. Incision à travers le bord externe du droit. Matières fécales. Quatre perforations le long du côlon ascendant. Suture à la soie. Drainage.

*Mort* le lendemain.

Pas d'autopsie.

528 — *Poers Ch. A.* (Keen, 134.)

Homme, trent-cinq ans.

*Opération* dix-huit heures après la perforation. Incision médiane. Perforation à 38 centimètres du cæcum, sur l'iléon. Excision des bords de l'ulcère. Suture. Péritonite paraissant limitée au côté droit de l'abdomen. Irrigation et nettoyage. Drainage au point de la suture.

*Mort* quatre jours après, de péritonite généralisée progressive.

529. — *Price J.* (*Canada Lancet*, avril 1898, p. 386. — *Medical and Surgical Reporter*, 7 novembre 1896, p. 577.— Keen, 46. Finney, 88.)

Femme, vingt-huit ans. Perforation dans la troisième semaine. Etat général très mauvais, sans connaissance. Grave péritonite généralisée ; contenu intestinal et produits inflammatoires dans l'abdomen ; odeur fécaloïde marquée. Libération des adhérences. Multiples fistules intestinales suturées. Irrigation. Drainage.

*Guérison.*

530. — *Price J.* (*Canada Lancet*, avril 1898, p. 389. — *Medical and Surgical Reporter*, 1896, p. 577. — Keen, 45. Finney, 89.)

Femme, trente ans. Fièvre typhoïde typique. Perforation dans la troisième semaine. Signes bien développés de péritonite, avec tumeur mal définie dans la région iliaque droite.

On trouve des adhérences très marquées dans la région iléo-cæcale, elles sont aisément détruites. Deux perforations sur l'iléon, l'une à quelques pouces de la valvule, large, irrégulière et très nécrosée, l'autre, 15 centimètres plus haut, et de 1 cm. 5 de large. Autour des perforations, liquide purulent épais. Ganglions mésentériques et rétropéritonéaux hypertrophiés. Portion injectée de l'épiploon, avec l'appendice, furent enlevés. Perforations suturées. Lavage. Drain de verre et mèches de gaze.

*Guérison.*

531. — *Price J.* (*Canada Lancet*, 1897, XXX, p, 385. — *Medical and Surgical Reporter*, 1896, p. 577. — Keen, 135.)

Femme, vingt-six ans. Perforation après deux semaines de maladie.

*Opération.* — Adhérences dans la région de l'iléon et l'aine droite. Large perforation déchiquetée sur l'iléon, avivée et suturée. Irrigation. Drainage : gaze et tube de verre.

Pendant deux jours après l'opération, température élevée, pouls rapide et faible.

*Guérison.*

532. — *Quénu M.* (*Bulletins et Mémoires* de *la Société de Chirurgie de Paris*, 31 mars 1908, t. XXXIV, p. 464.)

Mars 1908. — Jeune fille, vingt-trois ans. Fièvre typhoïde. Dix-neuf jours après l'admission, la température étant dans la période décroissante, on donne un purgatif. Le lendemain, dans l'après-midi, douleurs dans la fosse iliaque droite. Vomissements, diarrhée. Ascension de la température à 40 degrés (37°5 le matin). Le lendemain matin, température 39°5, pouls 144, ventre ballonné, douloureux.

*Opération* environ vingt heures après la perforation Laparotomie latérale, écoulement de liquide sale. La fin de l'iléon dans la cavité pelvienne, adhérente par une assez grande surface. Décollée, elle est rouge, saignante, tomenteuse, avec des débris de membranes fibrineuses. A 20 centimètres envion du cæcum, perforation large à y passer l'index, à bords déchiquetés, et près de l'attache mésenterique. Autour, paroi intestinale, rigide et friable : impossible de suturer les bords. Greffe avec le mésentère, plissé. Anse

malade isolée entre deux compresses de gaze sortant par la plaie. Drainage du petit bassin.

Suites immédiates favorables : température 37°4 dès le lendemain, puis 37 et au dessus de 37. Pouls de 144 tombe à 124, à 116, puis à 100. Ventre souple dès le deuxième jour ; émission de gaz.

Mais, le sixième jour, matières diarrhéiques coulent par la plaie : perforation s'est réouverte. Le lendemain (septième jour), élévation de la température et du pouls. Facies péritonéal.

*Mort* à la fin du huitième jour.

533-535. — *Rath.* (*Records of Saint Timothys's Hospital* Roxborough, Philadelphia. — Harte and Arhhurst, cas 289, 290, 291.)

Trois cas d'*opération* pour perforation intestinale typhique, avec *mort*.

536. — *Ricard* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 18 juin 1902, p. 680. — *Ibid.*, 24 mars 1908, p. 367, cas 1.)

Homme. Dans la troisième semaine d'une fièvre typhoïde, subitement, douleur abdominale, météorisme, contracture musculaire, facies grippé, ascension de température. Avant l'opération : état général très bon, pouls et température normaux ; douleur vive sous-ombilicale à droite ; défense de la paroi.

*Opération* deux heures après le début. Incision médiane. Issue de liquide sanieux. Masse formée de plusieurs anses intestinales agglutinées par des fausses membranes verdâtres. Sur l'une d'elles, surface érodée de la diminution d'une pièce de 50 centimes, présentant trois à quatre petites perforations, oblitérées par des bouchons muqueux. Enfouissement de la plaque par deux étages de suture au catgut fin (00). Drainage.

*Guérison*.

537. — *Ricard.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 24 mars 1908, t. XXXIV, p. 367, cas 2.)

Jeune fille, environ vingt ans. Fièvre typhoïde. Vers minuit, douleurs abdominales très vives. Le lendemain matin, même état ; ventre rétracté ; pas de vomissements.

*Opération* dans la matinée. Péritonite diffuse avec une grande quantité de sérosité louche dans laquelle nagent des détritus intestinaux colorés par la bile. Sur une plaque de Peyer, une perforation laissant encore passage à des mucosités glaireuses jaunâtres. Autour, deux ou trois élevures blanchâtres ressemblant à des bou-

tons d'acné, semblaient faire craindre de nouvelles perforations. Sutures au catgut 00 Deux gros drains, l'un vers la lésion, l'autre dans la cavité pelvienne. Un seul point métallique sur la paroi.

*Guérison.*

538-539.— *Rochard* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 26 décembre 1900, p. 1161.)

Deux cas de perforations multiples.

*Opération* tardive.

*Mort.*

540. — *Rocher L.* (J. Sabrazès. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1906, p. 147.)

Septembre 1902. — Homme, vingt ans. Fièvre typhoïde légère. Le quinzième jour (température 37 degrés ; depuis quarante-huit heures, constipation), au milieu de la nuit, douleur subite dans l'hypogastre, s'irradiant dans les organes génitaux, et d'intensité croissante. Oligurie, vomissements verdâtres, frissons, température monte à 39 degrés. Puis, augmentation du pouls, 100, 120, petit; défense musculaire, tympanisme, sensibilité à la palpation, ballonnement modéré, anurie, etc.

*Opération* quarante-quatre heures après la première douleur. Morphine, puis chloroforme. Incision médiane. Quelques gaz, beaucoup de liquide séro-purulent d'odeur légèrement fétide avec quelques fausses membranes. Intestins rouges et distendus. Sur l'iléon, à 8 centimètres du cæcum, perforation à l'emporte-pièce, des dimensions d'un grain de chènevis. Double surjet à la Lembert, le profond à la soie n° 1, le superficiel au catgut n° 1. Lavage au sérum de Hayem chaud. Deux gros drains (dans le pelvis, et la fosse iliaque droite). Paroi fermée en un plan par un surjet.

Strychnine, caféine, sérum. Anurie ; délire.

*Mort* vingt-quatre heures après l'opération.

*Autopsie.* — Sutures ont tenu ; exsudat péritonéal fétide ; endocardite mitrale et tricuspide ; aortite ecchymotique ; énorme congestion du foie, des reins, des capsules surrénales ; épanchement séro-sanguinolent dans le péricarde ; grosse hémorragie intra-stomacale témoignant d'une toxi-infection putride terminale.

541. — *Rodman Wm. L.* (*American Medicine*, 23 novembre 1901, p. 817.)

Juillet 1901. — Fille, douze ans. Fièvre typhoïde très grave. Symptômes digestifs et nerveux très marqués. Dans la quatrième

semaine, douleur abdominale sévère ; frisson prolongé ; pas de modification de la température. Distension ; pouls fréquent et très petit ; chute de température de 40°1 à 35°6, puis ascension jusqu'à 38°9. Tympanisme énorme. Signes de péritonite généralisée.

*Opération* deux jours et demi après le début. Ether. Incision médiane. Perforation assez large pour admettre l'extrémité d'un doigt, sur l'iléon. Un rang de sutures à la Lembert. Matières fécales dans l'abdomen : péritonite marquée ; flocons de lymphe sur les intestins. Gaze iodoformée en grande quantité. Tube de drainage à l'extrémité inférieure de l'incision. Durée : seize minutes.

Abaissement du pouls et de la température ; amélioration.

*Guérison* définitive.

542. — *Rogers.* (*Transactions Southern Surgical and gynecological Congress*, 1899, p. 748.)

*Opération* pour perforation intestinale typhique.

*Mort.*

543. — *Ross G. G.* et *Wilson J. C.* (*Philadelphie Medical Journal*, 2 mai 1903, XI, p. 748.)

Homme. Fièvre typhoïde. Pendant dix-huit à vingt heures avant le temps probable de la perforation, agitation, sueurs abondantes. Perforation : douleur au niveau du pénis ; persiste douze heures sans être rapportée à l'abdomen. Pas de collapsus, température élevée, pas de syncope, de vomissements, de sueurs, ni de douleur dans l'abdomen.

*Opération.*

*Mort* trois heures après, de péritonite purulente.

544. — *Roughton Ed. W.* (J. Walter Carr et Edmond W. Roughton, *Transactions of the Clinical Society of London*, 1903, XXXVI, p. 118.)

Novembre 1902. — Jeune fille, dix-huit ans. Fièvre typhoïde grave, avec distension abdominale et vomissements. Le vingt et unième jour, petite hémorragie intestinale, avec chute de température de 39°4 à 37°2, sans modification du pouls et suivie d'une amélioration de la maladie. Pendant la cinquième semaine, rechute de la fièvre typhoïde. Le quarantième jour depuis le début de la maladie, à quatre heures du matin, élévation de la température à 40°7, du pouls à 160. Pas de douleur, pas de signes abdominaux de péritonite. A neuf heures, violente douleur abdominale ; chute de

température à 38°3 ; abdomen très distendu, rigide, sensible ; disparition de la matité hépatique.

*Opération* à dix heures. Incision à 2 cm. 5 à droite de la ligne médiane, muscle droit déplacé en dehors. Beaucoup de gaz. Sur l'iléon, à un peu plus de 30 centimètres de la valvule, perforation ronde, nettement découpée, de 1 mm. 5 de diamètre. Liquide jaune verdâtre sur les anses voisines. Double rangée de sutures à la Lembert. Essuyage à la gaze simple. Pas de lavage. Pas de drainage. Trois rangs de sutures sur la paroi. Durée : dix-neuf minutes.

Etat de la malade parfait pendant deux jours. Le troisième jour, dans la soirée, ascension de la température à 39°4. Puis bientôt (cinquante-neuf heures après l'opération), soudainement, violente douleur abdominale. Abdomen distendu, sensible, rigide, tympanique ; disparition de la matité hépatique. Malade décline rapidement

*Mort* soixante deux heures après la laparotomie.

*Autopsie.* — Suture parfaite. A 12 cm. 5 plus bas, seconde perforation, de la largeur de la moitié d'une pièce de 3 pennys. Matières fécales et gaz libres dans l'abdomen. Plusieurs ulcérations dont le fond n'était formé que par le péritoine. Plusieurs autres en état de cicatrisation, reliquat de la première attaque de typhoïde.

545. — *Routier.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 26 décembre 1900, p. 1161. — *Ibid.*, 18 novembre 1896. — *Presse Médicale*, 1896, n° 88.)

Homme. Fièvre typhoïde à prédominance adynamique. Vers le quinzième jour, quelques douleurs abdominales généralisées ; température tombe brusquement de 39°3 à 37°4. Se relève à 37°8 ; tombe le lendemain à 36°2. Douleurs à peu près disparues ; ventre peu ballonné ; pas de vomissements ; mais hoquet.

*Opération* dix-huit heures après le début. Péritonite, avec quelques cuillerées de liquide fécaloïde. Perforation du volume d'une petite lentille, à 5 centimètres du cæcum, sur l'iléon. Deux plans de sutures placés longitudinalement. Toilette du péritoine, saupoudré d'iodoforme. Grosse mèche de gaze iodoformée. Suture partielle de la paroi.

Amélioration passagère.

*Mort* dans le collapsus dix jours après l'opération.

*Autopsie.* — Péritonite de date récente, pus et liquide fécaloïde dans la fosse iliaque droite ; cicatrisation complète de la perforation suturée ; deux nouvelles perforations voisines de la première, l'une de la grosseur d'une tête d'épingle, l'autre plus considérable ;

sur le reste de l'intestin, lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde.

546. — *Roux.* (*Société de Chirurgie de Marseille*, 16 mai 1907.)
Homme. Fièvre typhoïde. Le vingt-troisième jour, brusquement, signes de perforation intestinale.

*Opération* sept heures après. Incision médiane. Foyer de péritonite au voisinage du cæcum. Sur la terminaison de l'iléon, et près du bord mésentérique, perforation à bords très friables. On attire un lambeau du mésentère qu'on suture autour et à distance de la perforation. Résection de l'appendice. Drainage.

*Guérison* complète au quinzième jour.

547. — *Ruotte.* (Cariès, Thèse de Lyon, décembre 1900.)
Août 1899. — Soldat. Fièvre typhoïde. Perforation onze jours après l'entrée à l'hôpital.

*Opération.* — Liquide séro-purulent dans l'abdomen. Perforation sur l'iléon. Suture.

*Mort.*

548. — *Ruotte.* (Ruotte et Niclot, *Bulletin Médical*, 1903, XVII, p. 1005, cas 1.)
Novembre 1902. — Dragon, vingt-trois ans. Aurait eu une fièvre typhoïde grave, deux ans avant. Fièvre typhoïde assez bénigne. Le vingt-troisième jour, douleur abdominale brusque, vers 3 heures après midi, surtout dans la fosse iliaque droite. Accélération et petitesse du pouls, facies grippé, dysurie précoce, diarrhée, un peu de rigidité, pas de ballonnement, hoquet ; le soir, un vomissement, disparition de la matité hépatique.

*Opération* sept heures et demie à huit heures après la premiere douleur. Ether. Incision médiane. Beaucoup de liquide trouble, jaunâtre, mélangé de pus ; gaz libres. Sur l'iléon, à 25 centimètres du cæcum, perforation des dimensions d'une lentille. Enfouissement sous un surjet à la soie fine. Assèchement avec tampons et compresses de gaze. Deux gros drains dans le Douglas. Suture de la partie supérieure de l'incision. Sérum.

*Mort* quelques heures après.

*Autopsie.* — Péritonite aiguë généralisée ; lésions de typhoïde de moyenne intensité.

549. — *Ruotte.* (*Ibid.*, cas 2.)
Décembre 1902. — Homme, vingt-deux ans. Fièvre typhoïde,

survenant après une angine diphtérique. Le vingt-quatrième jour, à 1 h. 30 après midi, douleur brusque, mais légère, dans le ventre ; frisson. Chute graduelle de la température dans les heures qui suivent. A 2 heures du matin, point douloureux dans la fosse iliaque droite seulement, pas de vomissements, de nausées, de hoquet, de météorisme étendu, de dyspnée. Puis, apparition des signes de péritonite.

*Opération* vingt heures après la première douleur. Ether. Incision médiane. Beaucoup de sérosité trouble, avec fausses membranes et pus. Sur l'iléon, à 50 centimètres de la valvule, perforation des dimensions d'une lentille. Surjet séro-musculaire, transversal. Lavage au sérum artificiel. Deux gros drains dans le Douglas. Suture partielle de la paroi.

Sérum, huile camphrée. Vomissements. Le lendemain, écoulement par le drain de beaucoup de liquide louche mélangé de pus ; peu de ballonnement, malgré l'absence de selle et de gaz depuis l'opération.

*Mort* environ soixante heures après l'opération.

550. — *Russel C. K.* (rapporte). (*Boston Medical and Surgical Journal*, 1901, cas 6.)

Femme. Fièvre typhoïde. Perforation le quatorzième jour.

*Opération* immédiate. Suture.

*Guérison.* — Leucocytes avant l'opération : 12.000.

551. — *Russel C. K.* (*Ibid.*, cas 7.)

Femme. Fièvre typhoïde. Perforation le vingtième jour. Leucocytes : 4.000 (quatre jours avant : 6.100).

*Opération.* — Perforation suturée. Six autres ulcérations ont déjà érodé les tuniques intestinales.

*Mort.*

552. — *Russel C. K.* (Rapporte). *Montreal Medical Journal*, août 1093, XXXII, p. 584, cas 3.)

Janvier 1898. — Homme, vingt-deux ans. Perforation le vingt-troisième jour à six heures du matin. Douleur irradiant vers l'extrémité du pénis ; un peu de ballonnement avec disparition de la matité hépatique ; rigidité plus marquée du côté droit ; pouls tendu et rapide ; chute de température de 38°3 à 36°7. Sensibilité non augmentée.

*Opération* huit heures après les symptômes de début. Péritonite généralisée. Perforation en tête d'épingle à 7 centimètres de la valvule.

***Mort*** **le lendemain.**

553. — *Russel C. K.* (*Ibid*, cas 5).

Mai 1900. — Homme, dix-huit ans. Perforation le dix-septième jour. Vomissement à 8 heures du matin et à 11 heures ; à midi, douleur dans la région lombaire, jusque dans le dos ; un peu de distension Développement graduel des signes de péritonite. Température monte de 39°4 à 40 degrés. Pas de changement du pouls, pas de rigidité, ni de sensibilité marquée. A 3 heures, pouls monte de 124 à 134 ; à 7 heures du soir, violente douleur abdominale ; sueurs profuses ; le pouls devient rapide ; collapsus; retour des vomissements.

*Opération*. — Péritonite généralisée. Perforation à 22 cm. 5 de la valvule.

*Mort* le lendemain.

554. — *Russel C. K.* (*Ibid.* cas 8) (*Boston Medical and Surgical Journal* 1901, cas 10.)

Janvier 1901. — Homme, vingt-huit ans. Perforation le dixième jour. La veille, douleur intense dans la région splénique, avec sensibilité marquée ; pas de rigidité. Le dixième jour, douleur devenue très intense : sensibilité et rigidité dans l'hypocondre gauche. Sueurs profuses sur la tête. A six heures du soir, douleur dans le quadrant inférieur droit ; pas de distension, pas de modification de la matité hépatique. Leucocytes 13.000 ; à trois heures du matin 11.500. Le lendemain, rigidité marquée, un peu de distension, collapsus considérable, leucocytes 33.000.

*Opération* à 2 heures après-midi. Péritonite généralisée. Perforation à 20 centimètres de la valvule.

*Mort* quelques heures après.

555. — *Russel C. K.* (*Ibid.*, cas 9.)

Mai 1901. — Homme, vingt-trois ans. Perforation le onzième jour. A onze heures du soir, immédiatement après une miction, douleur intense à l'extrémité du pénis, s'étendant jusqu'à l'hypogastre. Le lendemain matin, chute de température à 37,4, qui remonte ensuite à 38°3, 38°9. Développement graduel des signes de péritonite par perforation. Pas de vomissements.

*Opération* environ vingt-quatre heures après la première douleur. Péritonite généralisée. A 25 centimètres de la valvule, perforation de la grosseur d'un pois.

*Guérison*.

556. — *Russel C. K.* (*Ibid.*, cas 10.)

Septembre 1901. — Homme, cinquante-six ans. Perforation le dix-neuvième jour. Légère douleur abdominale, soulagée par la miction ; retour six heures après avec une plus grande intensité et un commencement de rigidité et de sensibilité ; pouls monte de 110 à 140. Pas de distension, ni de modification de la matité hépatique, température monte de 37°8 à 40°2. Le lendemain matin, moins de douleur ; sensibilité a augmenté. Leucocytes 7.000.

*Opération.* — Très légère péritonite. Perforation à 5 centimètres de la valvule. Suture.

*Mort* au bout de cinquante-huit heures.

557. — *Russel C. K.* (*Ibid.*, cas 11.)

Septembre 1901. — Homme, vingt et un ans. Perforation le vingtième jour. Douleur généralisée survenant graduellement ; sensibilité généralisée, un peu plus à droite. Pas de rigidité ni de distension, matité hépatique non modifiée, pas de changement du pouls et de la température. Le lendemain, rigidité, pouls petit et vomissement ; leucocytes 4.900.

*Opération.* — Péritonite généralisée. Grande perforation à 30 centimètres de la valvule.

*Mort* cinquante heures après.

558. — *Russel C. K.* (*Ibid.*, cas 12.)

Août 1902. — Homme, trente-sept ans. Perforation le douzième jour A 6 h. 30 du soir, douleur abdominale, sensation de froid, légère rigidité dans la région iliaque gauche, sensibilité généralisée, chute de 38 degrés à 35°8, six heures après ; pas de distension, ni d'oblitération de la matité hépatique, pas de changement du pouls ni de la respiration. Augmentation graduelle de douleur, rigidité, distension.

*Opération* dix-neuf heures et demie après la première douleur. Péritonite généralisée. Perforation de la grosseur d'un pois, à 45 centimètres de la valvule.

*Mort* quatre jours après.

559. — *Russel C. K.* (*Ibid.*, cas 14.)

Avril 1903. — Homme, trente-quatre ans. Perforation le vingt et unième jour de maladie, à 11 h. 45 du matin. Douleur abdominale soudaine, légère sensibilité au-dessus du pubis ; pas de distension, ni de modification de la matité hépatique, pas de rigidité, pas

de changement du pouls et de la température. Douleur croissante, légère rigidité.

*Opération* environ trois heures après le début. Péritonite généralisée. Perforation de 6 millimètres de diamètre à 17 centimètres de la valvule.

*Mort* quatre jours après.

560. — *Russel C. K.* (*Ibid.*, cas 15.)

Juillet 1903. — Homme, seize ans. Perforation le dix-neuvième jour de la maladie, à 6 h. 30 du matin. Douleur soudaine dans l'abdomen Chute graduelle de température.Puis, paroxysmes douloureux, rigidité et sensibilité, vomissement bilieux ; pas de distension, matité hepatique intacte, pas de changement dans le pouls ; leucocytes à 8 heures, 8.000 ; à 10 heures, 19.300.

*Opération* cinq heures après le début des accidents. Légère péritonite généralisée. Sur le bord libre de l'iléon, à 20 centimètres de la valvule, perforation en tête d'épingle. Température normale après l'opération.

*Guérison.*

561. — *Ryan G.* (*Australasian Medical Gazette*, 1899, XVIII, p. 334. — Keen, 137.)

Homme, trente-huit ans. Perforation dans la troisième semaine.

*Opération* six heures après. Issue de gaz. Petit intestin distendu et congestionné, couvert de plaques fibrineuses. Liquide trouble, d'odeur fécaloïde, dans le pelvis. Perforation de la grosseur d'un pois, sur le bord libre de l'iléon, à 45 centimètres du cæcum. Double rang de sutures à la Lembert. Lavage à l'eau stérilisée chaude. Abdomen fermé sans drainage.

*Mort* trente-six heures après l'opération de broncho-pneumonie, due à l'entrée dans la trachée de matières vomies pendant l'anesthésie.

*Autopsie.* — Suture parfaite ; pas de péritonite. Zones étendues de collapsus dans les poumons.

562. — *Sabadini.* (J. Crespin, *Brazil Medico*, 1906, XX, p. 403.)

Novembre 1905. — Homme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde normale. Le quatorzième jour, accentuation considérable du deuxième bruit aortique. Le lendemain, sensibilité abdominale, plus marquée au niveau de la région appendiculaire ; contracture

musculaire, pouls 108, température 39 degrés. Glace sur le ventre. Dans la nuit, douleur extrêmement vive dans le flanc droit et vomissement porracé abondant, ventre douloureux et météorisé, disparition de la matité hépatique, pouls 148, température 40°5.

*Opération* onze heures après la douleur. Stovaïne intra-rachidienne. Sur l'iléon, à 50 centimètres du cæcum, perforation. Suture. Péritonite généralisée (pus et fausses membranes abondantes). Toilette du péritoine.

*Mort* vingt-quatre heures après (température 35°5).

*Autopsie.* — Sur l'iléon, une dizaine d'ulcérations. A 15 centimètres au-dessus de la perforation suturée, une autre perforation de 3 à 4 millimètres de diamètre.

563. — *Sacquépée.* (Ferrier, *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 8 février 1901, p. 112, cas 3. — Bulletins de la Société Anatomique, avril 1899.)

Avril 1899. — Soldat, vingt-trois ans. Fièvre typhoïde relativement bénigne. Le huitième jour, vers 6 heures du soir, soudainement, douleur très vive dans le flanc droit, se généralisant rapidement. Quelques nausées, pas de vomissements. Forte envie d'uriner. Sensibilité excessive et météorisme modéré de l'abdomen ; contracture ; état général très altéré ; facies grippé ; chute de température à 38 degrés, pouls petit 140.

*Opération* quatorze heures après le début. Incision dans le flanc droit. Issue d'un flot de liquide purulent sans odeur. Petite perforation, de 3 millimètres de diamètre, à 74 centimètres de la valvule. Suture avec quelques crins de Florence. Lavage rapide à l'eau bouillie.

*Mort* quelques minutes après l'opération.

*Autopsie*, — Série de petites ulcérations des plaques de Peyer sur la fin de l'iléon ; suture intacte ; pas d'autre perforation.

564. — *Saleeby.* (*Philadelphia Medical Journal*, 5 août 1899, IV, p. 270. — Keen, 158.)

Homme. Perforation le treizième jour.

*Opération* vingt-quatre heures après. Incision sur le bord externe du droit. Liquide séreux de couleur paille. Perforation en pointe d'épingle sur une plaque de Peyer épaissie et enflammée, à 45 centimètres de la valvule. Plicature longitudinale de la paroi intestinale, et suture continue à la soie, renforcée par une suture continue au catgut. Deux autres points amincis suturés. Nettoyage

des intestins. Drainage à la gaze dans les deux fosses iliaques et le Douglas. Durée : une heure.

*Guérison.* — Fièvre dure vingt-cinq jours. Rechute de seize jours.

565. — *Sanders A. W.* (George Thornton et A. W. Sanders, *Lancet*, 18 juin 1904, I, p. 1723.)

Février 1904. — Homme, vingt-deux ans. Fièvre typhoïde moyenne. Le vingt et unième jour, vers 2 heures après-midi, douleur abdominale coliquative ; pouls 72, température 37°5. A 6 heures, nouvel accès plus grave ; température 36°4, pouls 116 ; rigidité du muscle droit et sensibilité à droite ; pas de distension ; matité hépatique normale.

*Opération* sept heures après la première douleur. Chloroforme. Incision médiane. Peu ou pas de liquide entre les anses. Sur l'iléon, une large perforation, recouverte de fibrine et une autre ulcération près de se perforer. Bords tournés en dedans, suivant le grand axe de l'intestin ; plusieurs points de suture à la Lembert. Surface malade lavée avec solution salée chaude. Contre-incision dans le flanc droit ; un drain dans chaque incision.

*Guérison* rapide.

566. — *Scott S.* (*Saint-Bartholomew's Hospital Reports*, 1904.— *Male Medical Register*, 1902, I. p. 197.)

Homme, trente et un ans. Le trente et unième jour de maladie, à huit heures et demie du matin, une douleur abdominale et de la distension, remarquées depuis quelques jours, augmentèrent subitement ; apparition de vomissements ; pouls 98, température 36°1, respirations 24.

*Opération* sept heures et quart après. Gaz libres et liquide libre dans la cavité péritonéale. Intestin, très distendu, fut drainé.

Le lendemain, pouls s'élève à 148 ; puis irrégulier et inégal.

*Mort.*

*Autopsie.* — Sur le côlon transverse, trois perforations larges chacune comme une pièce d'une demi-couronne.

567. — *Scudder Ch. L.* (*Boston Medical and Surgical Journal*, 1905, CLIII, p. 84.)

Juin 1904. — Homme, vingt et un ans. Fièvre typhoïde. Au début de la cinquième semaine, après deux jours de constipation, distension considérable et douleur abdominale sévère, tempéra-

ture 40°5. Après un lavement et une selle, grand soulagement, température 37°8. Leucocytes : 22.000. Dans la nuit, à 4 heures du matin, douleur abdominale plus intense ; abdomen rigide et sensible, trois vomissements. Matité mobile dans les flancs.

*Opération.* — Incision médiane. Gaz et beaucoup de matières fécales dans le péritoine ; anses rouges et couvertes de fibrine. Sur l'iléon, à 45 centimètres du cæcum, perforation. Suture. Lavage à l'eau salée. Mèches de gaze et drains de caoutchouc dans le pelvis.

*Guérison.*

568. — *Senn. N.* (*Medical News*, 8 juin 1889, LIV, p. 622. — Keen, 12. Finney, 93.)

Homme, vingt-deux ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation dans la troisième semaine. Soudaine douleur aiguë dans la région iliaque gauche, suivie de vomissements, qui deviennent ensuite fécaloïdes.

*Opération* trois jours après le début. Mauvais état. Chloroforme. Incision médiane. Intestins très distendus et couverts de lymphe ; dans la fosse iliaque gauche, environ une pinte de fèces liquides. A 15 centimètres de la valvule, petite perforation sur le bord convexe de l'intestin, dans une plaque gangrenée. Invagination sous huit points séparés à la Lembert ; la lumière de l'intestin est rétrécie de moitié. Lavage avec solution salicylée à 1/300. Intestins trop distendus incisés, et leur contenu évacué ; nettoyage et suture. Drain de verre. Paroi fermée. Durée : une heure.

*Mort* dix heures après l'opération.

*Autopsie.* — Péritonite septique diffuse ; suture parfaite ; trois autres ulcères sur l'iléon au-dessous de la perforation.

569. — *Senn N.* (Keen, 139.)

Homme, cinquante ans. Perforation dans la troisième semaine.

*Opération* quatre jours après. Céliotomie. Large abcès intrapéritonéal. Perforation suturée.

Guéri de l'opération, et va bien cinq jours.

*Mort* par hémorragie intestinale due à une autre ulcération.

570. — *Senn N.* (Keen, 140.)

*Opération* pour perforation typhique.

*Guérison.*

571. — *Senn N.* (Keen, 141.)

*Opération* pour perforation typhique.
*Mort.*

572. — *Setbon Cl.* (rapporte). (Thèse de Paris, juillet 1902, p. 29, cas 11.)

Septembre 1901. — Fille, sept ans. Fièvre typhoïde, avec douleurs abdominales et ballonnement dès le début. Widal positif. Le onzième jour, aggravation subite des symptômes : agitation, gémissements, nausées, quelques vomissements bilieux ; pouls 138, mou ; pas de changement de température, 39°4 ; signes abdominaux plus marqués : ballonnement ; douleur très vive, plus forte dans la fosse iliaque droite ; muscles contracturés. Aggravation rapide.

*Opération* dans la soirée. Incision iliaque droite. Anses très congestionnées, dans un liquide jaunâtre purulent, peu abondant. Une mèche et deux gros drains. Pas de suture de la paroi.

*Mort* vingt-quatre heures après.

*Autopsie.* — Péritonite généralisée ; liquide purulent très abondant et fétide ; ulcérations nombreuses sur l'iléon ; à 10 centimètres de la valvule, sur une ulcération elliptique à grand axe perpendiculaire à celui de l'intestin, perforation de la grosseur d'un grain de chènevis.

573. — *Shoemaker G C.* (*Philadelphia Medical Journal*, 31 mai 1902, p. 981. — *Transactions of the College of Physicians of Philadelphia*, 1902, p. 127.)

Femme, dix-sept ans. Fièvre typhoïde grave, avec toxémie profonde, délire actif, profonde eschare sacrée du décubitus. Le vingt-troisième jour, à 7 h. 30 du matin, frisson et ascension de température Le lendemain, à 1 h. 30 du matin, douleur persistante et vomissements.

*Opération* dix heures après. Incision au niveau du cæcum. Le cæcum est ponctionné pour diminuer la distension, et suturé. Perforation de 3 millimètres de diamètre sur l'iléon ; trois rangs de suture à la soie fine. Lavage. Mèches de gaze iodoformée. Incision laissée ouverte.

Amélioration temporaire.

*Mort* le septième jour après l'opération, par continuation de la fièvre typhoïde.

*Autopsie.* —Suture parfaite.

574. — *Sieur.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 24 mars 1908, p. 370, cas 1.)

Novembre 1900. — Soldat. Fièvre typhoïde ayant débuté par des signes bronchopulmonaires. Température normale le dix-septième jour. Huit jours après, rechute. Le sixième jour de celle-ci, à 3 heures du matin, brusquement, sans effort préalable, douleurs abdominales vives, qui s'atténuent assez rapidement. Sensibilité assez vive dans la fosse iliaque droite. Peu de tympanisme ; légère défense de la paroi ; pouls entre 120 et 130 ; température 38°2 à 38°6 ; respiration 25 à 35. Deux vomissements jaune verdâtre. Pas de selles. Miction devient douloureuse.

*Opération* trente heures après le début. Chloroforme. Incision médiane. Ecoulement d'une quantité abondante de sérosité purulente jaune verdâtre avec bulles gazeuses. Exsudats fibrineux par places, sur les anses très rouges. Sur l'iléon, à 1 m. 10 de la valvule, perforation large comme une lentille. Quatre points de suture à la Lembert : et six points surajoutés. Lavage du petit bassin avec bouillon à 55 degrés. Trois mèches de gaze au voisinage de la suture. Deux points rétrécissent la partie supérieure de l'incision.

*Mort* par syncope, cinquante heures après.

*Autopsie.* — Lésions péritonéales moins accentuées ; suture parfaite ; nombreuses plaques de Peyer ulcérées sur la fin de l'iléon. Mais, dégénérescence marquée du foie et des reins.

575. — *Sieur.* (*Ibid.*, cas 2).

Novembre 1903. — Soldat, vingt-trois ou vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde, avec séro-diagnostic positif. Le quinzième jour environ un peu de sang dans les selles ; le seizième, hémorragie intestinale profuse (2 litres). Le lendemain, pouls presque incomptable ; selles à peine teintées par le sang ; dans la soirée, nausées fréquentes, suivies de vomissements noirs (hématémèses infectieuses). Pendant tout ce temps, injections de sérum répétées. Dans la nuit du dix-septième au dix-huitième jour, à 1 heure du matin, douleur en coup de fusil dans l'abdomen. Dès ce moment, selles se suppriment. Respiration plus courte, pouls 140, température 38°4. Vomissements noirs incessants. Ventre douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite ; tympanisme peu accentué.

*Opération* dix heures après le début, malade étant exsangue et le pouls à peine perceptible (injection de 1 litre de sérum caféiné). Incision médiane. Issue de gaz et liquide verdâtre mélangé de matières fécales. Sur une anse grêle, dans la fosse iliaque droite, perforation de la grandeur d'une lentille, au centre d'une plaque

de Peyer ulcérée. Deux surjets à la soie. Lavage au sérum à 55 degrés. Quatre gros tubes de drainage.

Le lendemain, nouveaux vomissements noirs ; pouls faiblit de plus en plus.

*Mort* vingt-quatre heures après l'opération.

*Autopsie.* — Péritonite ; suture etanche ; ulcérations typhiques nombreuses sur la fin de l'iléon ; vaste ulcération sur le cæcum ; pas d'ulcération, ni de piqueté hémorragique sur l'estomac.

576. — *Sieur.* (*Ibid.*, cas 3.)

Juillet 1904. — Soldat. Fièvre typhoïde normale ; séro-diagnotic positif. Dans la nuit du seizième au dix-septième jour, à minuit, à la fin d'une selle, douleur intense au niveau de la fosse iliaque droite ; plusieurs vomissements. Le lendemain, traits tirés, pouls régulier, 100, température 38°7 ; ventre dur, rétracté ; maximum de douleur presque au point de Mc Burney ; matité dans les flancs.

*Opération* neuf heures après le début. Chloroforme. Incision mediane. Grande quantité de liquide louche. Sur l'iléon, à 8 centimètres du cæcum, perforation de la grandeur d'une pièce de 20 centimes. Paroi intestinale très friable et saignante. Suture en bourse à deux étages. Lavage. Drainage. Contre-ouverture à droite ; mèches de gaze et un drain au contact de la suture.

Douleurs ont disparu ; pas de tympanisme, deux jours après, température remonte à 39 degrés, pouls à 120. Dans la soirée et la nuit, débâcle diarrhéique extrêmement abondante ; température tombe à 37°8.

*Mort* trois jours après l'opération (soixante-quinze heures et demie).

*Autopsie.* — Suture intestinale s'est réouverte à sa partie supérieure ; mais, foyer nettement limité par les mèches. Lésions presque confluentes et très ulcérées dans les 70 à 80 derniers centimètres de l'iléon : en deux points sus-jacents à la perforation, paroi représentée seulement par la séreuse.

577. — *Sifton.* (*Chicago Clinical Review.*, avril 1895, vol. IV. — Keen, 48. Finney, 94.)

Homme, trente-neuf ans. Fièvre typhoïde grave. Perforation dans la quatrième semaine. Soudaine et violente douleur dans la région iléo-cæcale. Onze heures après, en état de collapsus, sueurs abondantes, hypothermie, respiration rapide et superficielle, facies grippé et anxieux, pouls bon, abdomen sensible et distendu,

douleur sévère, muscles droits rigides, sensibilité dans la fosse iliaque droite.

*Opération* onze heures après le début des symptômes. Chloroforme. Incision latérale droite. Péritoine très congestionné ; matières fécales liquides ; nombreuses plaques sur l'iléon, variant en diamètre d'une pointe d'épingle à 2 cm. 5 ou plus, s'étendant sur 1 m. 80 d'iléon, et environ 4 à 10 par 30 centimètres. Perforation de 1 mm. 5 de diamètre sur le bord convexe de l'intestin. Deux rangs de sutures à la Lembert. A 25 centimètres plus haut, un autre point est si près de se perforer qu'il est suturé aussi. Lavage. Drain de gaze indoformée. Paroi fermée. Durée : quarante minutes.

*Guérison* sans incidents.

578. — *Souligoux*. (N. Mauger, Thèse de Paris, juillet 1900, p. 102, cas 39.)

Homme, dix-huit ans. Perforation le quatrième jour de la période d'état. Douleur vive, localisée, dans la fosse iliaque droite ; hyperesthésie à ce niveau ; contracture ; défense musculaire ; sonorité à la percussion ; constipation ; rétention d'urine ; température rectale, 41°3 ; pouls 140 ; facies péritonéal.

*Opération* environ vingt heures après. Etat désespéré. Laparotomie droite. Grande quantité de pus et de matières fécales. Perforation, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, à 15 centimètres de la valvule. Abrasion des parties friables périphériques. Trois plans de suture à la Lembert. Contre-incision à gauche et incision médiane. Dans chacune, deux gros drains.

Amélioration passagère.

*Mort* le lendemain.

579. — *Souligoux*. (*Ibid.*, p. 103, cas 40.)

Homme, quarante ans. Fièvre typhoïde très légère. Subitement, l'après-midi, douleurs très vives dans la fosse iliaque droite. Vomissements ; défense musculaire généralisée. Température modérée ; pouls satisfaisant, un peu rapide.

*Opération* quelques heures après le début. Incision latérale droite. Grande quantité de pus et de matières fécales. Perforation, des dimensions d'une pièce de 50 centimes, à 30 centimètres de la valvule. Résection des bords. Suture. Pas de contre-ouverture. Large drainage.

Amélioration notable pendant deux jours.

*Mort* le troisième jour.

Pas d'autopsie.

580. — *Souligoux.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 17 mars 1908, t. XXXIV, p. 343, cas 1.)

Femme. — Tous les signes d'une perforation depuis trois heures : ventre dur, facies grippé, pouls petit.

*Opération.* — Incision iliaque droite. Péritonite manifeste. Sur l'iléon, perforation paraissant minuscule, en réalité plus large ; cachée en effet par le péritoine soulevé qui, lui-même, était perforé au centre : la perforation était grande comme une pièce de 50 centimes. Résection de tout le pourtour de la fistule. Passage des fils en tissu sain. Plaie laissée ouverte. Large drainage.

*Mort* vingt-quatre heures après.

581. — *Souligoux.* (*Ibid.*, cas 3.)

Homme, trente ans. Du 12 au 19 novembre 1906, jour et nuit, migraines violentes. Le 19 novembre, s'alite avec 40 degrés. Fièvre pendant une vingtaine de jours. Constipation assez intense, urines rares et très colorées. Dès le 24 novembre, un peu de douleur, surtout à la pression, dans la fosse iliaque droite. Des lavages d'intestin apportent un soulagement temporaire. Température a diminué ; pendant deux à trois jours, maximum 38 degrés. Le 10 décembre, un vomissement ; la douleur du bas-ventre s'accentue. La température prend une marche différente, 37 degrés le matin, 39°5 à 40 degrés le soir : pas d'empâtement dans le côté droit. Foie normal. Pouls à 130 le soir. Le 26 décembre, glace sur la région iliaque droite. La douleur disparaît à ce niveau. Mais la sensibilité de la région hépatique devient extrêmement vive ; oscillations de température continuent. A ce moment, amaigrissement extrême, pouls rapide, langue sèche. Région iliaque souple, non douloureuse. Rien par le toucher rectal. Au niveau de la région hépatique, il semblait manifestement qu'une voussure soulevait la paroi à la hauteur de la vésicule biliaire. En ce point, douleur si vive que la palpation était presque impossible. Le muscle droit était contracturé, et le malade tenait ses deux cuisses fléchies. Diagnostic de cholécystite typhique, ou abcès venu de péripleurite.

*Opération* le lendemain. Sous l'influence du chloroforme, la voussure disparut. Vésicule biliaire saine. En agrandissant l'incision par en bas, résection de l'appendice, libre, sans adhérences, mais boursouflé en son milieu. Il existait au milieu une perforation ; toute la paroi était détruite, sauf le péritoine qui avait résisté.

*Guérison* parfaite.

582. — *Souligoux.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 17 mars 1908, p. 343, cas 2. — Lesné et Lœderich, *Tribune Médicale*, 31 décembre 1904, p. 837, cas 1.)

Août 1904. — Femme, cinquante ans. Fièvre typhoïde, avec vomissements bilieux très fréquents, ventre à peine ballonné, un peu résistant, non douloureux. Le vingt et unième jour, rétention complète d'urine, à laquelle succède douleur abdominale diffuse ; température monte à 40°7 ; pouls moins de 100 pendant une journée. Le lendemain, petite hémorragie intestinale. Baisse progressive de la température ; puis rechute nette avec encore ventre douloureux et vomissements bilieux. Le quarante-septième jour de la maladie (quatre jours après le début de la défervescence), à trois heures après midi, subitement, douleur intense, diffuse, dans le ventre ; grand frisson. Facies péritonéal ; ventre pas plus ballonné, ni plus dur qu'avant ; matité hépatique normale. Température a monté de 37°5 à 38°4 ; pouls, petit, de 100 à 120.

*Opération* deux heures après la douleur. Incision latérale droite. Ni gaz ni liquide ; anses intestinales congestionnées. Appendice volumineux, turgescent, presque sectionné à sa base d'implantation par une large déchirure linéaire. Appendicectomie. Drainage large.

*Mort* soixante-quinze heures après, de péritonite.

*Autopsie.* — Exsudats fibrineux dans la fosse iliaque droite ; ulcérations de l'iléon presque entièrement cicatrisées ; dégénérescences viscérales multiples.

583. — *Sphepherd Fr. J.* (*Edinburgh Medical Journal*, 1902, LIV, p. 531. — *Montreal Medical Journal*, janvier 1903, XXXII, pp. 1-5, cas 1.)

Octobre 1900. — Femme, trente ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Vers le quinzième jour, à deux heures du matin, soudaine douleur dans l'abdomen avec vomissements. Quelques heures après, température 40°3, pouls 136, respiration 28 ; abdomen rigide, peu distendu, sensible, surtout à droite ; pas de disparition de la matité hépatique.

*Opération* onze heures après la douleur. Incision latérale oblique. Beaucoup de séro-pus jaunâtre, avec de gros flocons de fibrine. Sur le bord libre de l'iléon, à 20 centimètres de la valvule, petite perforation, à bords gangreneux et jaunâtres, au centre d'une plaque infiltrée de 1 centimètre de diamètre. Bords tournés en dedans et suture continue de Lembert à la soie fine, suivant le grand axe de l'intestin ; quelques autres sutures interrompues.

Lavage avec solution salée chaude, après nettoyage à la gaze aseptique. Gros drain de verre dans le pelvis. Suture de la paroi par plans.

Suppuration de la plaie. Température normale quatorze jours après l'opération.

*Guérison.*

584. — *Sphepherd A. T.* (*Ibid.*, cas 2.)

Mai 1901. — Femme, vingt-huit ans. Fièvre typhoïde. Le dix-neuvième jour, à 10 heures du soir, soudainement, douleur abdominale aiguë, sensibilité à droite, vomissements. Puis rigidité. Leucocytes : 3.400. Température 40°5. Pouls 88. Respiration, 20.

*Opération* quinze heures après la perforation. Incision latérale. Perforation à 10 centimètres de la valvule ; enfouissement et suture. Lavage. Drainage.

*Guérison.* Quinze jours après l'opération, phlébite de la fémorale gauche.

585. — *Sphepherd Fr. T.* (*Ibid.*, cas 3.)

Juillet 1901. — Homme, trente ans. Fièvre typhoïde très grave. Dans la troisième semaine, à trois heures après midi, violente douleur dans la fosse iliaque droite ; température 38°9 ; pouls 150. Une heure après, disparition de la matité hépatique et leucocytose marquée.

*Opération* deux heures après la perforation. Incision latérale. Un peu de séro-pus clair. Perforation très petite à 2 cm. 5 de la valvule. Enfouissement et suture continue à la Lembert. Lavage. Drainage.

Suppuration longue et abondante de la plaie. Fièvre due à l'infection typhique pendant encore un mois.

*Guérison* complète.

586. — *Spellissy.* (*Proceedings of Philadelphia Academy of Surgery*, 6 avril 1903.)

*Opération* pour perforation intestinale typhique.

*Guérison.*

587. — *Staunton M. C.* (*Medical Press and Circular*, 2 décembre 1903, ns. LXXVI, p. 609.)

Octobre 1903. — Fille, six ans. Fièvre typhoïde, peu après une coqueluche grave. Dans la deuxième semaine, pendant la nuit, un

peu de douleur abdominale et vomissements, température 39°8, pouls 130. Le matin, grande douleur abdominale, distension et sensibilité. Opération refusée par les parents. Diète, morphine. Douleur calmée. Le lendemain, température 37°8, puis 36°1 ; pouls 140, puis incomptable.

*Opération* au moins trente-six heures après les premières douleurs. Exsudats fibrineux abondants sur les intestins. Sur le bord libre de l'iléon, de 45 à 60 centimètres de la valvule, petite perforation. Près d'elle, ulcération prête à se perforer. Entre les deux, deuxième ulcération suspecte. Suture des trois. Lavage à l'eau salée. Drain de gaze. Durée : moins de vingt minutes.

Malgré l'état désespéré au moment de l'opération, *guérison.*

588. — *Stewart Fr. T.* (*American Journal of the Medical Sciences,* 1904, ns. CXXVII, p. 795, cas 1. — J. Al. Scott. *University of Pennsylvania Medical Bulletin,* 1905-1906, XVIII, p. 111-127, cas 5. — *Pennsylvania Hospital Records.*)

Juillet 1901. — Garçon, dix ans. Fièvre typhoïde avec bronchite et légère sensibilité du ventre à la palpation, surtout autour de l'ombilic. Perforation survenue le douzième jour, dans la nuit; douleur pas très intense. Chute de température de 39°4 à 37 degrés. Sensibilité abdominale diffuse, plus marquée dans la région iliaque droite ; pas de vomissement; disparition de la matité hépatique ; rigidité et distension abdominales.

*Opération* environ douze heures après la perforation. Incision sur la ligne semi-lunaire droite. Liquide fécaloïde. Sur l'iléon, à 15 centimètres de la valvule, au centre d'une large zone indurée, perforation en trou d'épingle. Double rang de suture continue à la Lembert. Lavage.

*Mort* soixante heures après.

*Autopsie.* — Perforation close; lumière de l'intestin rétrécie d'un tiers. Péritonite généralisée.

589. — *Stewart F. T.* (*Am. J. of Med. Sciences*, 1904, cas 2. — *Pennsylvania Hospital Records.*)

Décembre 1901. — Femme, vingt-trois ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Perforation dans la cinquième semaine : brusquement, violente douleur dans la région appendiculaire. Avant l'opération : vomissements ; facies hippocratique ; distension abdominale ; disparition de la matité hépatique ; pas de matité dans les flancs ; abdomen immobile ; sensibilité modérée dans la région

iléo-cæcale ; température 39°4 ; pouls difficilement perceptible.

*Opération* quarante-huit heures après la perforation. Cocaïne. Incision sur la ligne semi-lunaire droite. Grande quantité de liquide jaune mélangé de flocons de lymphe. Sur l'iléon, à 7 cm. 5 du cæcum, perforation de 3 millimètres de diamètre.

*Mort* une demi-heure après l'opération.

590. — *Stewart F. T.* (*Am. J. Med. Sciences*, 1904, cas 3. — *Polyclinic Hospital Records.*)

Août 1902. — Homme, dix-neuf ans. Perforation dans la troisième semaine de la fièvre typhoïde. Douleur violente et soudaine ; distension ; sensibilité et rigidité du côté droit ; tympanisme au niveau du foie ; leucocytes : 10.000. Pas de vomissements, ni de modification de la température ; respiration thoracique.

*Opération* quatorze heures après la perforation. Liquide fécaloïde. Sur l'iléon, à 12 cm. 5 du cæcum, perforation de la grosseur d'une mine de plomb. Drain de gaze dans l'incision, et tube de caoutchouc à travers les lombes.

Disparition de la douleur, et distension moindre ; diarrhée continuelle ; et fièvre.

*Mort* trois jours après l'opération.

*Autopsie.* — Suture étanche ; cavité péritonéale sèche ; quelques adhérences. Mort due à l'infection typhique.

591. — *Stewart F. T.* (*Amer. Journal of the Med. Sciences*, 1904. cas 4. — *Jefferson College Hospital Records*).

Février 1902. — Homme, vingt-trois ans. Perforation dans la troisième semaine de la fièvre typhoïde. Avant l'opération : douleur intense, irradiée vers le rectum et accompagnée de ténesme ; distension ; sensibilité et rigidité de la région iliaque droite, température 40 degrés ; pouls 120 ; disparition de la matité hépatique ; pas de vomissements ; pas de matité dans les flancs ; leucocytes : 7.200.

*Opération* douze heures après la perforation. Matières fécales jaunes et gaz. Sur l'iléon, à 15 centimètres du cæcum, perforation de 6 millimètres de diamètre. Drain de gaze.

Pouls et température tombent à la normale après l'opération ; puis température remonte à 39°4, et reste élevée. Pas de signes abdominaux ultérieurs.

*Mort* le huitième jour, apparemment de la fièvre typhoïde.

Pas d'autopsie.

592-593. — *Stewart F. T.* (*Pennsylvania Hospital Records*, Philadelphia. — Harte and Ashhurst, cas 317 et 318.)

Deux cas d'*opération* pour perforation intestinale typhique avec une *mort* et une *guérison*.

594. — *Stewart F. T.* (*American Journal of the Medical Sciences*, 1904. ns. CXXXVII, p. 795, cas. 5. — J. Al. Scott, *University of Pennsylvania Medical Bulletin*, 1905-1906, XVIII, pp. 111-127, cas 33. — *Pennsylvania Hospital Records*.)

Juin 1903. — Homme, trente ans. Perforation dans une fièvre typhoïde ambulatoire. Douleurs abdominales pendant six jours avant l'opération ; pas de selles depuis quatre jours ; vomissements. Avant l'opération, sueurs froides ; pouls faible, 140 ; température 37.8, respiration 40 ; matité et râles aux bases des deux poumons, surtout à gauche ; respiration costale ; abdomen rétracté et rigide ; sensibilité extrême et douleur vive dans la zone inférieure droite ; disparition de la matité hépatique.

*Opération*. — Incision médiane. Abdomen rempli de matières fécales et de pus. Sur l'iléon, à 45 centimètres du cæcum, perforation de 1 cm. 25 de diamètre. Seconde perforation plus petite à 1 cm. 25 au-dessus.

*Mort* une heure après l'opération.

595. — *Stewart F. T.* (*Ibid.*, cas 6. — J. Alis. Scott. *Ibid.*, cas 34. — *Pennsylvania Hospital Records*.)

Juin 1903. — Homme, quarante-deux ans. Histoire mal définie de constipation aiguë ayant débuté quatre jours avant l'opération ; vomissements continus depuis vingt-quatre heures. Température 37.8, pouls 100, respiration 30. Grande douleur dans l'abdomen et l'épaule droite, sensibilité généralisée, abdomen immobile et rigide, matité dans les flancs, diminution de la matité hépatique, vomissements noirs.

*Opération*. — Incision médiane. Liquide fécaloïde et pus dans l'abdomen. Hypertrophie des ganglions mésentériques. Perforation de 1 cm. 25 de diamètre, sur l'iléon, à 90 centimètres du cæcum Deux rangs de sutures à la Lembert. Lavage avec solution salée chaude. Drainage à la gaze.

Température normale six jours après l'opération ; Widal positif.

*Guérison*.

596. — *Stewart F. T.* (*American Journal of the Medical Sciences*, 1904, cas 7. — *Jefferson Hospital Records*.)

Juin 1903. — Fille, neuf ans. Perforation le treizième jour de la fièvre typhoïde. Douleur intense dans la fosse iliaque droite, qui s'amenda rapidement ; pas de changement du pouls (120), de la température (40), de la respiration (20) ; pas de vomissements. Légère sensibilité et rigidité de la fosse iliaque droite ; diminution de la matité hépatique ; matité mobile dans le flanc droit ; deux selles ; leucocytes : 18.000.

*Opération* trois heures après la perforation. Incision sur la ligne semi-lunaire droite ; liquide clair, sans matières fécales, ni pus ; péritoine normal. Perforation de la grosseur d'une mine de plomb, à 25 centimètres du cæcum, et à moitié chemin entre le mésentère et le bord libre de l'intestin. La perforation était encore fermée par une petite membrane jaunâtre qui se détacha à l'opération. Suture continue à la Lembert. Lavage avec solution salée chaude. Incision fermée, sans drainage.

La fièvre typhoïde continue à évoluer.

*Guérison.* — Une opération faite quatre mois après pour une légère éventration montre une cicatrice parfaite, et l'intestin non rétréci.

597. — *Stewart F. T.* (*Am. J. Med. Sc.*, 1904, cas 8. — *Jefferson, Hospital Records.*)

Juillet 1903. — Homme, quarante et un ans. Perforation dans la deuxième semaine d'une fièvre typhoïde ambulatoire typique. Soudaine et violente douleur dans la partie inférieure de l'abdomen. Avant l'opération : température 38°3, pouls 140, respiration 30 ; signes caractéristiques de péritonite généralisée ; pas de modification de la matité hépatique ; pas de matité dans les flancs.

*Opération* dix-neuf heures après le début. Incision médiane ; matières fécales et pus dans l'abdomen. Sur l'iléon, à 30 centimètres du cæcum, perforation de 9 millimètres de diamètre.

*Mort* par péritonite, trente heures après l'opération.

598. — *Summers.* (*Medical Herald* (Saint-Joseph), 1903, XXII, p. 494.)

Fièvre typhoïde ambulatoire.

*Opération.* — Lavage. Drainage bilatéral.

*Mort* deux à trois heures après.

*Autopsie.* — Une perforation sur l'iléon.

599. — *Surmay.* (*L'Union Médicale*, décembre 1885, XL, p. 901. — Keen, 3. Finney, 95.)

Femme, vingt-huit ans. Etant en bonne santé, saisie soudainement de douleur dans l'abdomen ; le lendemain, souffrances continuelles ; vomissements, l'état empire les jours suivants. Le dixième jour, elle accouche d'un fœtus de six mois, qui meurt. Vers le vingtième jour, taches rouges sur la peau, et en palpant l'abdomen à ce niveau, s'échappe par un fin pertuis, un peu de gaz d'odeur intestinale, et, en pressant, un peu de liquide. Les jours suivants, la fistule s'élargit, et d'autres apparaissent.

*Opération* trente-huit jours après le début. Chloroforme. L'incision médiane conduit dans une large cavité qui s'étend dans le pelvis et les deux flancs. On fait plusieurs incisions. Perforation sur l'intestin grêle, assez large pour y mettre l'index. Lavage. Tube de drainage en caoutchouc. Cavité remplie de compresses de gaze phéniquée.

*Mort* dans la nuit.

*Autopsie.* — Paroi postérieure de la cavité formée par le grand épiploon ; paroi antérieure, la peau et un peu de tissu sous-cutané. Perforation à petite distance de la valvule. Plusieurs autres plaques de Peyer ulcérées ; une était le siège d'une perforation de 3 centimètres sur le cæcum, une plaque de Peyer présente une perforation d'égale grandeur ; les deux perforations s'ouvrent dans la cavité.

600. — *Sweetser H. B.* (*Northwestern Lancet*, 1903, XXIII, p. 303).

Mars 1903. — Homme, vingt ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Dans la troisième semaine environ, à 5 h. 1/2 du soir, très violente douleur abdominale. A minuit, pouls 100, température 38°9. A 3 heures du matin, douleur considérable ; abdomen plat, mais rigidité de bois, pouls 100, mais température 37°5.

*Opération* quinze heures après la perforation. Incision à droite à travers le muscle droit. Abdomen rempli de pus fétide, grisâtre, clair, sous une grande pression. Pas d'adhérences. A 30 centimètres de la valvule, perforation de 9 millimètres de diamètre, à bords déchiquetés et gangrénés. Deux rangs de suture de soie fine à la Lembert. Lavage avec solution salée chaude. Drains de gaze ; et, dans le pelvis, tube de caoutchouc. Suture de la paroi. Durée : une heure.

Tête du lit élevée de 30 centimètres. Pouls et température normaux quinze jours après l'opération.

*Guérison.*

601. — *Taylor H. M.* (*Virginia Medical Semi-Monthly*,

10 décembre 1897, p. 516. — *Transactions Southern Surgical and Gynecological Congress*, 1899, p. 140, cas 1. — Keen, 83. Finney, 97.

Homme. Fièvre typhoïde légère. Perforation dans la convalescence. Début avec douleur abdominale aiguë, et shock.

*Opération* quarante-huit heures après.

*Mort.*

602. — *Taylor H. M.* (*Ibid.* — *Trans. South...*, p. 142, cas 2. Keen, 143. Finney, 98.

Homme. Fièvre typhoïde modérée. Début soudain avec douleur aiguë, shock, etc.

*Opération* quarante-huit heures après. Auparavant, injection intra-veineuse de sérum. Péritonite généralisée fibrino-purulente ; petite perforation sur l'iléon à 30 à 37 cm. 5 de la valvule. Suture. Lavage. Drainage avec gaze et tube de verre. Etat général du malade mauvais.

*Opération* précipitée.

*Mort* rapidement après l'opération.

603. — *Taylor H. M.* (*Maryland Medical Journal*, 1899, XLIII, p. 101. — *Transactions Southern Surgical and Gynecological, Congress*, 1899, p. 143, cas 4. — Keen, 144.)

Jeune homme. Perforation dans la sixième semaine de maladie.

*Opération* quatre heures après le début de la perforation. Liquide couleur de bile. A 30 centimètres de la valvule, perforation ; une autre 10 centimètres plus haut ; toutes deux sur le bord libre de l'iléon. Deux rangs de sutures, profond et superficiel. Nettoyage et irrigation prolongée des anses intestinales. Drainage à la gaze. Durée : cinquante minutes.

*Mort* neuf heures après l'opération, à la suite d'une rétention aiguë d'urine ; le malade avait une urétrite spécifique quand il fut pris de sa typhoïde.

604. — *Taylor H. M.* (*Virginia Medical Semi Monthly*, 1898-1899, p. 719. — *Transactions Southern Surgical and Gynecological Congress*, 1899, p. 142, cas 3. — Keen, 142.)

Homme. Fièvre typhoïde de six semaines. Dix jours après, rechute. Le troisième jour de celle-ci, perforation.

*Opération* quinze heures après. Incision au niveau de la région cæcale. Liquide séro-purulent. Perforation, ronde, à l'emporte-pièce, à 30 centimètres du cæcum. Sutures de matelassier et à la

Lembert. Toilette des intestins. Irrigation à la solution saline chaude. Drainage avec de nombreuses mèches de gaze. Durée : trente-sept minutes.

*Guérison.*

605. — *Taylor H. M.* (*Trans. South. Surg. and Gyn. Congress*, 1899.)

*Opération* pour perforation intestinale typhique.

*Mort.*

606. — *Taylor W.* (*Dublin Journal of Medical Science*, janvier 1901, p. 1.)

1899. — Femme. Hospitalisée au début de juillet avec fièvre typhoïde (deux ou trois semaines avant, avait eu un avortement). Se lève le 13 août. Le 19, douleur soudaine dans l'abdomen. Vomissements, le 21. Pas de selle depnis le début, malgré lavements. Abdomen distendu et sensible ; pouls filiforme.

*Opération.* — Incision médiane. Péritonite. Pas de bride. Trois ganglions mésentériques suppurés rompus. Nettoyage et lavage au sublimé à 1/1000. Beaucoup de pus dans le pelvis, dû à suppuration de l'ovaire droit. L'ovaire n'est pas enlevé. Lavage de l'abdomen à la solution saline à 41 degrés. Drainage à la gaze, au contact de l'ovaire.

Amélioration. Rechute de typhoïde. Le 4 septembre (quinze; jours après l'opération), douleur abdominale ; vomissement ; pouls 132.

*Deuxième opération.* — Perforation d'une ulcération. Inversion des bords et suture à la soie fine. Matières fécales épongées. Lavage à la solution saline. Drainage à la gaze.

Le quinzième jour après l'opération, issue de matières fécales par la plaie.

Collapsus ; *mort* en quelques heures.

*Autopsie.* — Nouvelle perforation à 2 cm. 5 de la suture, qui était guérie. Sur une longueur de 1 mètre, l'intestin paraissait privé de sa muqueuse et était aussi mince que du papier.

607. — *Taylor W.* (Henri C. Drury et W. Taylor. *Transactions of Royal Academy Medical Ireland*, 1904, XXII, p. 18.)

Août 1903. — Homme, vingt et un ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Au début de la troisième semaine, à 7 h. 45 du matin, douleur intense dans l'abdomen. Avant l'opération, pouls : 150, filiforme, irrégulier ; respiration : plus de 50 ; facies péritonéal ; abdomen distendu, immobile, rigide, très sensible.

*Opération* sept heures et demie après la douleur. Ether. Incision latérale. Sur l'iléon, petite perforation à 45 ou 50 centimètres de la valvule. Suture en bourse et suture continue de Lembert à la soie fine. Deuxième ulcération, à 30 ou 35 centimètres plus haut; suture en bourse. Lavage avec solution salée chaude. On laisse plusieurs pintes de la solution dans l'abdomen Fermeture complète de l'incision abdominale avec des crins. Durée : vingt et une minutes.

Lavements alimentaires et salins, morphine, strychnine, digitaline. Bronchite très marquée. Fièvre élevée. Amélioration de l'état général. Température normale sept jours après l'opération. Mais, suppuration gangreneuse de l'incision ; fièvre hectique pendant une semaine. On commence légère alimentation solide. Le vingt-huitième jour après l'opération, douleur abdominale ; rétraction et sensibilité de l'abdomen. Pas de changement du pouls et de la température ; légères nausées ; deux selles. Quatre jours après, douleur subsiste, ballonnement, température normale, pouls 116. Pas de selle, même après lavement.

*Deuxième opération* (quatre semaines et demie après la première opération), pour cette obstruction intestinale aiguë. Laparotomie. Intestins partout adhérents les uns aux autres, et à la paroi abdominale. Pas de bride distincte, mais coudure à angle aigu de l'intestin due aux adhérences. Libération difficile. Deux anses très distendues évacuées de leur contenu. Durée : quarante minutes.

*Mort* douze heures après.

*Autopsie*. — Sutures parfaitement guéries. Dans l'intestin, nombreuses ulcérations ; un petit nombre seulement guéries.

608. — *Taylor W. J. Therapeutic Gazette*, 15 juin 1899. *Transactions College Physicians Philadelphia*, 1899, p. 107. Keen, 145.)

Homme, trente-quatre ans. Perforation le dix-huitième jour de la typhoïde.

*Opération* quatre heures après. Céliotomie. Perforation de la grosseur d'un crayon, à 25 centimètres du cæcum. Bords tournés en dedans, deux rangs de suture à la soie fine. Lavage à la solution salée stérilisée. Durée : vingt minutes.

*Mort* aussitôt après la suture de la paroi abdominale.

609. — *Taylor W. J.* (*Ibid*. — Keen. 146.)

Homme, quarante-sept ans. Perforation le vingt-quatrième jour.

*Opération* une heure et demie après. Céliotomie. Gaz et liquide séreux. Péritonite généralisée marquée. Perforation de la grosseur

d'une tête d'épingle à 20 centimètres du cæcum. Bords tournés en dedans, deux rangs de suture à la soie. Lavage à la solution saline normale. Drainage. Suture de la paroi.

*Mort* de péritonite septique, vingt-quatre heures après.

610. — *Termet.* (Barbe, Thèse de Paris, janvier 1895, p. 106, cas 20.)

Septembre 1893. — Femme, vingt et un ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Perforation vers la fin de la troisième semaine. Admise à l'hôpital avec des signes de péritonite suraiguë (température 40°3, pouls très fréquent, filiforme, météorisme, langue sèche, prostration).

*Opération* deux jours après le début. Incision médiane. Issue d'une grande quantité de gaz, d'odeur infecte. Intestins recouverts de fausses membranes d'origine récente. Un peu au-dessus et à droite du cæcum, clapier purulent avec matières fécales jaunâtres. Plaques indurées sur le bord libre de l'iléon. Sur l'une d'elles, perforation de la grosseur d'une plume d'oie. Suture. Lavage abondant à l'eau stérilisée tiède. Drainage.

*Mort* au bout de quelques heures.

*Autopsie* confirme le diagnostic de fièvre typhoïde. Le mari de la malade, admis en même temps qu'elle à l'hôpital, avait une fièvre typhoïde.

611. — *Thomas J. B.* (*Journal of the American Medical-Association*, 11 novembre 1905, XLV, p. 1494, cas 1.)

Mars 1905. — Homme, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïde, avec tendance au délire. Le quinzième jour environ, à 6 heures du matin, douleur aiguë dans la vessie et le pénis, après une miction. Deux heures après, état de shock ; pouls 120, faible, figure tirée, rigidité musculaire abdominale.

*Opération* dix heures et demie après les premiers signes. Ether. Incision médiane. Liquide trouble, sans odeur fécaloïde. Péritonite intense. On ne trouve pas de perforation. Lavage avec eau salée chaude ; l'abdomen en est laissé plein et fermé complètement en un plan.

*Mort* quatre heures après l'opération.

*Autopsie* une heure après. Sur une anse d'iléon, située au-dessus de la vessie, petite perforation recouverte par de l'exsudat. Plusieurs autres ulcérations,

612. — *Thomas J. B.* (*Ibid.* — cas 2.)

Mars 1905. — Homme, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïde. Apyrexie,

pendant huit jours; puis rechute. Le sixième jour de celle-ci (trente cinquième jour de la maladie), à quatre heures du matin, douleur abdominale dans l'hypogastre, rigidité « de bois ».

*Opération* quatre heures quarante minutes après les premiers signes. Ether. Incision médiane. Petite quantité de liquide trouble; pas d'odeur fécaloïde. Sur l'iléon, perforation d'environ 6 à 7 millimètres de diamètre. Suture interrompue de Lembert à la soie. Lavage. Drainage. Fermeture partielle de la paroi, en un plan, à la soie.

Symptômes nerveux graves dans les jours qui suivent.

*Guérison.*

613. — *Thompson et Porter C. A.* (Shattuck, Warren et Cobb, *Transactions of the American Surgical Association*, 1900, p. 412 cas 11. — Keen, 133.)

Août 1899. — Femme, quarante ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation dans la troisième semaine. Douleur abdominale avec un peu de sensibilité. Quatorze heures après, douleur intense, pouls 135. Signes de collapsus, péritonite généralisée, température 41°1, contracture musculaire et sensibilité dans la région iliaque droite; pas de vomissements; leucocytes : 8.000.

*Opération* vingt heures après la première douleur. Ether. Incision latérale. Perforation à 15 centimètres du cæcum, sur l'iléon. Résection en V : sutures à la soie. Un autre point aminci, invaginé. Péritonite généralisée; liquide libre d'odeur fécaloïde; plaques fibrineuses sur les intestins. Lavage. Drainage à la gaze. Durée : trente-cinq minutes.

*Mort* trente-sept heures après.

*Autopsie.* — Existence d'autres perforations; péritonite généralisée.

614. — *Thompson J. E.* (*Transactions Texas State Medical Association*, 1893, p. 266. — *Medical Chronicle*, 1895, p. 401. — — Keen, 20, Finney, 101.)

Homme, trente-six ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation dans la troisième semaine. Soudaine et sévère douleur dans l'abdomen, suivie de vomissements. Quatre jours après, température 37°4, pouls 120, filiforme, respiration 25; abdomen très distendu; tympanisme et grande sensibilité généralisés; douleur intense, surtout à l'ombilic. Matité hépatique présente.

*Opération* quatre jours après le début des accidents. Bon état.

Incision médiane. Péritoine très congestionné ; beaucoup de liquide purulent, de lymphe et de matières fécales ; intestins très distendus, ponctionnés au trocart. Perforation de 2 cm. 5 de diamètre, à bords nets, située à 30 centimètres de la valvule. Sutures interrompues, puis suture continue sur la séreuse ; calibre de l'intestin très diminué. Lavage avec solution boriquée chaude. Tube de drainage dans le Douglas. Ganglions mésentériques gros et enflammés.

*Mort* onze heures après l'opération.

*Autopsie.* — Lésions typhiques caractéristiques ; suture parfaite.

615. — *Thompson J. E.* (*Medical Chronicle*, 1895, p. 401. — Keen, 39, Finney, 100.)

Homme, trente-six ans. Perforation pendant le cours d'une fièvre typhoïde ambulatoire.

*Opération* quatre-vingt-seize heures après le début des symptômes. A 30 centimètres de la valvule, perforation ovalaire de 6 millimètres sur 3 millimètres. Péritonite généralisée.

*Mort* onze heures après l'opération.

616. — *Thorndike et Bowditch* (Shattuck, Warren et Cobb. *Transactions of the American Surgical Association*, 1900, p. 406, cas 1.)

Septembre 1899. — Homme, trente-deux ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation le quarante-deuxième jour. Soudaine et violente douleur abdominale, non localisée ; shock marqué. Pouls 150, température 39°2 ; pas de vomissements.

*Opération* trois heures après. Ether. Incision iliaque droite. Pas de péritonite généralisée. Matières fécales liquides. Perforation sur l'iléon, à 60 centimètres du cæcum. Suture à la soie. Irrigation. Drainage à la gaze.

Résultat excellent pendant cinq jours. Le cinquième jour, hémorragie intestinale causant la *mort*.

*Autopsie.* — Pas de péritonite, suture intacte.

617. — *Thorndike et Bowditch.* (*Ibid.*, cas 18.)

Octobre 1899. — Homme, trente ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation le trente-troisième jour : douleur aiguë, soudaine, dans la région iliaque droite ; pas de chute de température, vomissement. Cinq heures après, symptômes graves.

*Opération* huit heures après le début. Ether. Incision iliaque

droite. Liquide de couleur paille, et matières fécales. Intestins injectés et couverts de fibrine. Perforation sur l'iléon à 90 centimètres du cæcum. Suture à la soie. Irrigation. Drainage avec tube et gaze.

*Mort* dix-huit heures après.

Pas d'autopsie.

618. — *Thorndike P.* (J. C. Munro. *Boston Medical and Surgical Journal*, 5 février 1903, p. 149, cas 13.)

Homme, vingt-sept ans. Fièvre typhoïde avec, dès le début, nausées et frissons de temps à autre. Perforation dans la neuvième semaine de maladie, ou environ la deuxième semaine d'une rechute. A midi, contracture abdominale et légère douleur, améliorée par des fomentations. Frisson violent, sans ascension de température; douleur spasmodique et colicative dans le bas-ventre. Sensibilité, contracture marquée, pouls 160.

*Opération* quatre heures après le début. Ether. Incision le long du bord du droit. Fibrine sur les intestins. Perforation à 20 centimètres de la valvule, sur l'iléon. Suture à la soie. Grande quantité de pus épais dans le pelvis. Drainage.

*Guérison.*

619. — *Thurston E. O.* (Hawkins et Thurston. *Lancet*, 1899, II, p. 1004. — Keen, 148.)

Fille, onze ans. Perforation le quarante et unième jour.

*Opération* environ quinze heures après. Incision médiane. Grande quantité de liquide séro-purulent, d'odeur fécaloïde. Perforation sur la paroi antérieure du cæcum, de 12 millimètres de diamètre, entourée par des tissus indurés. Excision du bord de la perforation. Sutures à la Lembert. Irrigation à l'eau stérilisée ; assèchement avec des éponges. Tubes de drainage dans le pelvis, et profondément à droite. Drain de gaze. Durée : vingt-cinq minutes.

Cinq jours après, parotidite suppurée droite ; et abcès de la fesse au niveau d'une injection de sérum ; le vingt et unième jour, double otite moyenne ; le vingt-quatrième, épanchement dans le genou gauche ; le soixantième jour, rechute durant quatorze jours.

*Guérison* définitive.

620. — *Thurston.* (Francis L. A. Greaves. *The Bristih Medical Journal*, 1906, I, p. 373, cas 3.)

Homme. Fièvre typhoïde. Perforation.

*Opération.* — Suture.

L'incision suppura, et une éventration se produisit. Double parotidite aiguë et thrombose d'une veine fémorale.

Cependant, *guérison* complète.

621. — *Tiffany et Gamble.* (Keen, 147. Finney, 102.)

Homme, vingt-six ans. Perforation dans la troisième semaine d'une fièvre typhoïde légère. Douleurs colicatives dans le quadrant gauche de l'abdomen. Nausées et hoquet. Chute de température de 37°8 à la normale ; ascension du pouls de 70 à 110. Au moment de l'opération : abdomen modérément distendu, douleur diffuse au toucher, tympanisme, vomissements fécaloïdes, hoquet constant. pouls petit, 130, température 39·4, langue sèche, face anxieuse.

*Opération* trente-six heures après le début. Environ 1 litre de liquide clair. Pas de matières fécales. Péritonite généralisée. A 20 centimètres de la valvule, perforation de 1/2 centimètre de diamètre, à bords nets. Suture. Nettoyage des instestins et de la cavité abdominale à la gaze. Tamponnement à la gaze. Incision laissée ouverte. 1 l. 1/2 de sérum, sous-cutané.

*Mort* douze heures après l'opération.

*Autopsie.* — Une zone nécrotique, notée au-dessus de la perforation, s'était rompue ; et il y avait des matières fécales autour.

622. — *Toussaint H.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 23 mai 1906.)

Septembre 1905. — Soldat. Perforation au quinzième jour environ de la fièvre typhoïde. Signes habituels de la péritonite par perforation (douleur térébrante et angoissante, vomissements bilieux, etc ) ; de plus, ténesme vésical très marqué avec anurie, et bande de submatité parallèle aux arcades crurales.

*Opération* plus de vingt-quatre heures après la perforation. Incision de J. Roux. Epanchement intra-péritonéal de 2 litres environ (bouillon sale avec matières fécales et strates de fibrine). Sur l'iléon, à 15 centimètres du cæcum, perforation dans laquelle était engagée une plaque de Peyer sphacélée, qui fut amenée au dehors par expression. Suture en bourse au fil de lin et quatre points transversaux à la Lembert. On trouve deux ganglions mésentériques, du volume d'une grosse noix, fluctuants, à coque résistante. Contre-ouverture dans la fosse iliaque gauche. Drainage bilatéral. Lavage au sérum à 45 degrés.

Le lendemain, amélioration.

*Mort* trente-six heures après l'opération, par collapsus cardiaque.

*Autopsie*. — Suture parfaite ; ganglions diminués de volume, mais non perforés.

623. — *Toussaint H.* (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 7 avril 1908, t. XXXIV, p. 494.)

Octobre 1905. — Soldat. Fièvre typhoïde. Perforation.

*Opération* vingt-quatre heures après. Perforation sur l'iléon. Suture longitudinale.

*Mort* dix-huit jours après l'intervention.

A l'*autopsie*, péritonite localisée, provoquée par l'éclatement d'un seul ganglion mésentérique abcédé.

624. — *Tricot*. (Audet, *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, 1899, XXXIV, p. 134, cas 1.)

Décembre 1898. — Homme, vingt-six ans. Fièvre typhoïde d'intensité moyenne. Le quatorzième jour, douleur vive peri-ombilicale. Vomissements porracés. Puis signes de péritonite suraiguë généralisée, avec tympanisme.

*Opération* environ quarante-huit heures après le début des accidents. Incision médiane sus et sous-ombilicale. Issue de gaz fétides. Liquide séro-purulent jaunâtre et fétide. Perforation à l'emporte-pièce, des dimensions d'une grosse lentille, à 40 centimètres du cæcum, sur l'iléon. Trois points séparés de suture de Lembert à la soie fine. Lavage à l'eau salée à 40 degrés. Assèchement par compresses-éponges chaudes. Drainage à la Mickulicz. Réunion partielle de la plaie. Durée : une demi-heure.

*Mort* une demi-heure après l'opération.

*Autopsie*. — Péritonite généralisée ; nombreuses ulcérations sur l'iléon, qui de plus contient du sang noirâtre.

625. — *Trojanoff*. (*Laitop. rassk. Chirurg*., 1897, II, p. 277. — Keen, 74. Finney, 103.)

Homme, vingt-neuf ans. Perforation après deux semaines de maladie.

*Opération* seize heures après le début des symptômes. Péritonite. Large collection séro-purulente, d'odeur fécaloïde. Perfo-

ration à 10 centimètres de la valvule. Excision ovalaire. Sutures à la Czerny-Lembert. Paquets de gaze.

*Mort* quatorze heures après.

626. — *Trojanoff et Netschajeff.* (*Bolnitschnaia Gaseta Botkina*, n° 23, 1894 (Saint-Pétersbourg). — *Medical News*, 1894, LXV, p. 609. — Keen, 26. Finney, 82.)

Homme, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation dans la troisième semaine. Douleur abdominale sévère et sensation de faiblesse.

*Opération* dix-sept heures après. Condition favorable. Abdomen rempli de liquide séro-purulent et d'exsudats. Flocons fibrineux sur le péritoine congestionné. A 20 centimètres de la valvule, perforation en pointe d'épingle. Excision d'une zone elliptique de 4 centimètres de long, et sutures de Czerny-Lembert à la soie. Cavité péritonéale essuyée à la gaze sèche ; et tous les espaces vides bourrés de gaze.

Celle-ci, enlevée le septième jour ; baisse graduelle de la température en trois semaines. Au bout de neuf semaines, bords de l'incision abdominale avivés et suturés ; guérison par première intention.

*Guérison* complète.

627. — *Trojanoff et Netschajeff.* (Gesselewitch et Wanach, *Jetopice rousskoi Kirourgie*, 1897, II, p. 406, cas 1.)

1891. — Homme, trente et un ans.

*Opération* dix jours après l'entrée à l'hôpital. Lésions de péritonite séreuse avec épanchement de matières fécales dans le péritoine. Résection de la partie perforée de l'intestin.

*Mort.*

*Autopsie*. — Ulcérations typhiques de l'iléon.

628. — *Trojanoff et Netschajeff* (*Ibid.*, cas 2.)

1893. — Homme, vingt-huit ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Perforation.

*Opération* dix-sept heures après. Péritonite généralisée séropurulente avec flocons fibrineux. A 20 ou 21 centimètres de la valvule, perforation à l'emporte-pièce, de la grosseur d'une tête d'épingle. Résection de 4 centimètres d'intestin.

Paroi abdominale ne fut suturée que huit jours après l'opération ; jusque-là, plaie bourrée de gaze stérilisée.

*Guérison*.

629. — *Tuffier*. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 17 mars 1908, t. XXXIV, p. 352.)

Homme, troisième semaine environ de la fièvre typhoïde.

*Opération* dix heures après la perforation. Peritonite généralisée. Perforation unique, sur l'iléon. Suture.

*Mort* vingt-quatre heures après l'opération.

630. — *Tuffier*. (*Ibid.*, cas 2.)

Homme. Perforation dans la troisième semaine de la fièvre typhoïde.

*Opération* vingt-quatre heures après. Péritonite généralisée, Perforation unique, sur l'iléon. Suture.

*Mort* trois jours après l'opération.

*Autopsie*. — Une nouvelle perforation s'était produite depuis l'opération.

631. — *Valence*. (Loison, *Revue de Chirurgie*, Paris, 1901, XXIII, p. 179.)

*Opération* pour perforation intestinale typhique.

*Mort*.

632. — *Van Duyn*. (Keen, 149.)

Homme, quarante-trois ans. Perforation le dix-neuvième jour.

*Opération* neuf heures après. Incision médiane. Gaz et matières fécales liquides jaunâtres. Lymphe sur les intestins et le mésentère au voisinage de la perforation. Perforation de la grosseur d'une petite fève, à 20 centimètres du cæcum. Deux rangs de sutures. Nettoyage de l'abdomen. Sutures sans drainage.

*Mort* cinquante-cinq heures après, de péritonite.

633. — *Van Hook*. (*Medical News*, 21 novembre 1891, LIX, p. 591. — Keen, 15, Finney, 104.)

Femme, trente et un ans. Fièvre typhoïde légère. Apyrexie pendant quatorze jours. Rechute. Le huitième jour de celle-ci (septième semaine de la maladie) perforation : douleur abdominale intense et soudaine dans la région iléo-cæcale, à la suite d'un lavement et d'une selle ; frissons ; deux heures après, température 41 degrés, pouls 126, abdomen météorisé et très douloureux.

*Opération* dix heures après le début. Température 41°1, pouls 132. Incision médiane ; pas de gaz, mais une pinte de fèces liquides et d'exsudats mélangés de flocons de lymphe ; matières fécales libres. Nombreuses ulcérations, plusieurs presque perforées. Petite perforation. Trois rangs de suture à la Lembert. Lavage à l'eau chaude. Epiploon placé sur l'intestin suturé. Tube de drainage. Incision fermée.

*Guérison.* — La température revient à la normale vingt jours après l'opération, après une période d'état général mauvais et de température très élevée.

734. — *Van Hook* (*Ibid.* — Keen, 16. Finney, 105.)

Femme, vingt-neuf ans, Fièvre typhoïde légère. Perforation dans la troisième ou la quatrième semaine. Douleur sévère et soudaine. Abdomen tendu, rigide et distendu ; pouls rapide et filiforme, peau froide et humide, disparition de la matité hépatique.

*Opération* sept heures après. Mauvais état. Cavité remplie de matières fécales liquides. Opération non complétée en raison du collapsus.

*Mort.*

*Autopsie.* — Perforation à 45 centimètres de la valvule ; une autre ulcération est trouvée ouverte à l'intérieur d'un petit abcès complètement limité par des adhérences.

635. — *Van Hook* (*Ibid.* — Keen, 17. Finney. 106.)

Homme, trente-cinq ans. Température 38°9, pouls 120, petit et irrégulier ; abdomen distendu, rigide, mat et très sensible ; disparition de la matité hépatique ; collapsus.

*Opération.* — Perforation à 30 centimètres de la valvule ; cavité péritonéale remplie de fèces et d'exsudats. Deux rangs de sutures à la Lembert. Lavage. Drainage.

*Mort* quatorze heures après l'opération.

*Autopsie.* — Perforation complètement fermée.

536. — *Variot* (Rapporte.) (*Société de Pédiâtrie*, 14 novembre 1899.)

Juillet 1899. — Fille, douze ans. Fièvre typhoïde. Hémorragies intestinales, les quinzième, seizième, dix-septième jours. Le dix-septième jour, signe de péritonite.

*Opération.* — Perforation. Suture.

*Mort* une quinzaine de jours après.

637. — *Vignard.* (Mahot et Vignard. *Gazette Médicale de Nantes*, 1901, XIX.)

Décembre 1900. — Homme, vingt ans. Fièvre typhoïde légère des derniers jours d'octobre au 16 novembre ; rechute légère le 24 novembre. Le 3 décembre, vers 4 heures du soir, brusquement, vives douleurs dans le ventre, paroxystiques, s'irradiant vers l'urètre ; nombreuses selles diarrhéiques ; légère défense musculaire ; douleur à la palpation au point de McBurney, température 39 degrés. Pas de ballonnement. Vomissements.

*Opération* vingt-quatre heures après le début. Incision de Jalaguier. Grande quantité de sérosité trouble ; fausses membranes dans la fosse iliaque droite. Sur le bord convexe de l'iléon, à quelques centimètres de la valvule, perforation linéaire, de 7 à 8 millimètres de long, sur une base indurée large de 1 centimètre. Suture et deux surjets séro-séreux. Pas de lavage. Assèchement. Un drain dans le pelvis, un autre qui, introduit par l'incision, va sortir par une incision lombaire au ras de la crête iliaque.

*Guérison.*

638. — *Vincini.* (Cardi. *Clinica Moderna*, VII, n° 17, p. 137.)

Février 1901. — Fille, treize ans. Fièvre typhoïde ; apyrexie le trente-septième jour. Dix-huit jours après, rechute. Le douzième jour de celle-ci, chute de température à 36°6 ; douleur abdominale violente, diffuse ; pouls 140, trois heures après, douleur calmée, température 39° 3, pouls 128 ; pas de défense musculaire ; pas de vomissement, ni de hoquet. Le lendemain, état désespéré.

*Opération* quarante-huit heures après le début (température 38° 6, pouls 130, filiforme). Péritonite diffuse. Ecoulement d'une petite quantité de liquide trouble. Intestins agglutinés par un exsudat abondant. Perforation à 10 centimètres de la valvule. Suture. Toilette du péritoine. Mèche de gaze. Suture partielle de la paroi.

*Guérison.*

639. — *Vincini.* (Del Piano (auto-observation). *Il Raccoglitore Medico* (*Imola*), 1904, p. 310.)

1902. — Fièvre typhoïde grave débutant le 1er janvier et durant un mois. Au dixième jour de la convalescence, rechute légère (pas plus de 38 degrés). Température normale le treizième jour. Le 1er mars, deuxième rechute, grave. A partir du 15, amélioration. Le 22, à 6 heures du soir, douleur violente au point de

Mac Burney (« comme l'explosion interne d'une étincelle électrique »), s'irradiant au périnée ; puis se généralisant à tout l'abdomen. Pas de nausées, de vomissements, de frissons, ni de hoquet, température monte à 40 degrés, pouls petit, très fréquent et intermittent. Rigidité musculaire, puis tympanisme progressif diffus, avec diminution de matité hépatique.

*Opération* seize heures après le début. (Pouls 160.) Chloroforme. Incision à droite, à trois travers de doigt de la ligne médiane. Exsudat jaunâtre. Sur l'iléon, près du cæcum, perforation de la grosseur d'une tête d'épingle ; transformée avec le thermocautère en une plaie parallèle à l'axe transversal de l'intestin. Trois rangs de sutures de Lembert à la soie. Nettoyage à la gaze. Drainage à la Mikuliez, dans le Douglas. « L'anse opérée fut entièrement entourée avec des bandes de gaze iodoformée, qui l'isolaient de la grande cavité péritonéale ». Suture partielle de l'incision. Sérum, caféine. Durée : trente minutes. Après état très grave, amélioration.

Quelques jours après, nouvelle perforation, proche de la première ; mais isolée par les bandes de gaze enroulées autour de l'anse ; foyer traité comme un abcès extra-péritonéal.

Le vingtième jour, après l'opération, température (qui était normale) prend type intermittent, avec frissons et sueurs profuses, décelant une troisième perforation plus profonde. Fièvre débilitante jusqu'au 23 avril. Le 6 mai, de nouveau fièvre (pas au-dessus de 39 degrés) pendant huit jours. Convalescence.

*Guérison.*

640. — *Wagner.* (*Beilage zum Centralblatt für Chirurgie*, 1889, n° 29, p. 66. — Keen, 13. Finney, 107.)

Femme, trente-cinq ans. Perforation dans la convalescence.

*Opération* huit heures après. Lavage. Suture. Pas de drainage.

*Guérison.*

641. — *Wanach.* (Gesselewitch, *Saint-Petersburger Medizinische Wochenschrift*, 1898, XXIII, nf. 15-21. — Keen, 150.)

Homme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde très grave. Perforation à la fin de la deuxième semaine.

*Opération* dix-huit heures après. Incision médiane. Ecoulement de liquide séro-purulent. Péritoine injecté. Dépôts fibrineux sur l'intestin. Deux perforations à 21 cm. 6, et 41 cm. 6, du cæcum.

Sutures à la Czerny-Lembert. Nombreux tampons antiseptiques dans toutes les directions. Plaie laissée ouverte.

*Mort* quarante-trois heures après l'opération.

*Autopsie.* — Nombreuses ulcérations intestinales ; abcès de la rate et des ganglions mésentériques, ulcérations du larynx, etc.

642. — *Waring. H. J.* (*Transactions of the Clinical Society of London*, 1903, XXXVI, p. 110, cas 1.)

Garçon, dix ans. Fièvre typhoïde normale. Le quatorzième jour, crise de douleur abdominale généralisée ; température 37°2, pouls 80 (avant, température 38°9 à 40 degrés.) Trois heures après, nouvelle douleur plus intense, quatre vomissements bilieux ; sensibilité généralisée, et rigidité de l'abdomen, température 39°4, pouls 100. Puis, ascension du pouls à 170, température à 37°5.

*Opération* neuf heures et demie après le début de la douleur Incision médiane. Beaucoup de gaz et de liquide visqueux jaune. A 30 centimètres de la valvule, perforation ronde, de 6 millimètres de diamètre. Six sutures de fine soie, à la Lembert. Nettoyage avec solution de sublimé à 1/4000. Un drain dans le cul-de-sac recto-vésical. Fermeture partielle de l'incision. Pansement de Keith.

Convalescence prolongée par furonculose.

*Guérison.*

643. — *Waring. H. J.* (*Ibid.*, cas 2.)

Femme, vingt-neuf ans. Fièvre typhoïde sévère ; hémorragies intestinales les sixième, dix-neuvième et vingtième jours. Pendant convalescence, le quarante-deuxième jour de maladie (deux jours après commencement d'alimentation solide), douleur dans le côté droit de l'abdomen. Douleur devient plus intense, vomissements, température monte de 36°7 à 39°4, pouls de 80 à 118.

*Opération* huit heures après début de la douleur. Incision médiane. A 10 centimètres de la valvule : recouverte de fibrine et adhérente à l'épiploon, large ulcération en train de se perforer. Sutures de fine soie à la Lembert. A ce moment, une autre ulcération, proche de la première, se perfore. Suture. Surface essuyée avec solution de perchlorure de mercure à 1/4000. Pas de drainage. Paroi entièrement fermée.

*Guérison.*

644. — *Waring H. J.* (*Ibid.*, cas 3.)

Homme, trente-neuf ans. Fièvre typhoïde grave ; hémorragies

intestinales les dix-huitième, vingtième et vingt-deuxième jours. Le vingt-troisième jour, violente douleur dans la fosse iliaque droite ; rigidité abdominale, vomissements, pas de changement de température et du pouls. Plusieurs heures après, chute brusque de température à la normale, collapsus, sueurs profuses.

*Opération* trente heures après le début de la douleur. Incision médiane. Gaz libres et beaucoup de pus. Perforation à 30 centimètres de la valvule. Sutures de soie fine. Cavité épongée et remplie de solution saline. Incision complètement fermée.

*Mort* six heures et demie après.

645. — *Waring H. J.* (*Ibid.*, cas 4.)

Homme, seize ans. Fièvre typhoïde sévère, avec diarrhée profuse. Le vingt et unième jour, frisson, avec ascension de température à 39,8, du pouls à 140. Quatre heures après, violente douleur abdominale, surtout dans la fosse iliaque droite ; sensibilité à ce niveau, abdomen distendu, tympanique, puis disparition de la matité hépatique.

*Opération* trente-huit heures après la perforation. Incision médiane. Gaz libres et liquide fécaloïde fétide. Deux perforations sur l'anse sigmoïde, l'une de la grosseur d'un pois, l'autre plus petite. Sutures de soie fine à la Lembert. Nettoyage à la gaze. Drain de gaze. Incision partiellement fermée.

*Mort* vingt heures après l'opération.

*Autopsie*. — Péritonite généralisée ; nombreuses ulcérations sur la partie inférieure de l'iléon, et tout le gros intestin jusqu'à l'anus, les perforations sont situées à 40 centimètres de la marge de l'anus.

646. — *Waring H. J.* (*Ibid*, cas 5.)

Homme, vingt et un ans. Fièvre typhoïde sévère ; hémorragies intestinales les dix-huitième, dix-neuvième et vingtième jour. Le vingt et unième jour, douleur abdominale violente dans la fosse iliaque droite, chute de température, pouls rapide ; abdomen sensible et rigide.

*Opération* six heures après la douleur. Incision médiane. Péritonite généralisée. Matières purulentes dans le pelvis épongées. Sur l'iléon, deux perforations, de 6 millimètres de diamètre, à bords minces et déchiquetés, l'une à 12 cm. 5, l'autre à 5 centimètres de la valvule. Sutures de soie fine, à la Lembert. Nettoyage

avec solution de biiodure de mercure. Drain dans le pelvis. Incision partiellement fermée.

*Mort* vingt-quatre heures après.

*Autopsie.* — Péritonite aiguë généralisée ; très vastes ulcérations sur la partie inférieure de l'iléon.

647. — *Warren et Shattuck.* (Shattuck, Warren, et Cobb, *Transactions of the American Surgical Association*, 1900, p. 407, cas 3.)

Janvier 1899. — Homme, trente ans. Fièvre typhoïde légère, compliquée de congestion pulmonaire. Hémorragie intestinale deux jours avant la perforation. Perforation le trentième jour : douleur aiguë et soudaine dans la région iliaque droite avec grande sensibilité et contracture. Pas de vomissements, température subnormale, mais se mettant aussitôt à monter : pouls au dessous de 100.

*Opération* une heure et demie après le début. Ether. Incision iliaque droite. Un peu de liquide libre. Perforation sur l'iléon. Irrigation. Drainage à la gaze.

*Mort* soixante heures après avec des symptômes de péritonite généralisée.

Pas d'autopsie.

648. — *Watson et Bowditch.* (Shattuck, Warren et Cobb., *Trans. of the Amer. Surg. Association*, 1900, p. 414, cas 15.)

Février 1898. — Homme, trente ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation à la fin de la troisième semaine ; vomissements et douleur soudaine, d'abord épigastrique, puis généralisée, et s'irradiant au testicule ; sensibilité généralisée, plus marquée à droite et à l'épigastre : pas de shock ; température monte de la normale à 38°9 ; pouls 150. En quelques heures, rigidité et tympanisme.

*Opération* quarante-huit heures après le début. Ether. Incision médiane. Péritonite généralisée, pus, liquide fécaloïde. Perforation de la grosseur d'un pois, sur l'iléon, près du cæcum. Fixation de l'anse perforée à la plaie abdominale. Contre-incisions dans les flancs. Irrigation. Drainage avec gaze et tubes.

*Mort* six heures après.

*Autopsie.*— Seconde perforation en pointe d'épingle très près de la valvule ; nombreux ulcères typhiques sur la dernière portion de l'iléon ; péritonite généralisée.

649. — *Watson F. S. et Withington.* (*Boston City Hospital Reports*, 1898, p. 127. — *Boston Medical and Surgical Journal*,

1896, nº 13. — *Ibid.*, 1900, I, 688, cas 4. — Shattuck. Warren et Cobb. *Transactions of the American Surgical Association*, 1900, p. 407, cas 4. — Keen, 47. Finney, 108 et 109.)

Septembre 1895. — Homme, vingt-huit ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation au cours d'une rechute, dans la septième semaine de maladie. Deux ou trois hémorragies, vingt-trois jours avant l'opération. Le jour de la perforation, à 2 heures du matin, douleur sévère dans la région iliaque ; ascension de température. Pouls rapide et faible. Un peu de cyanose et prostration ; contracture du côté droit, matité et légère induration à droite de l'ombilic, de la largeur d'une main ; pas de distension, pas de vomissements. Leucocytes : 14.350.

*Opération* douze heures après la première douleur. Ether. Incision iliaque droite au niveau de l'induration. Une anse de l'iléon adhérente au péritoine pariétal autour d'une perforation : péritonite localisée. Suture. Pas de lavage. Pas de drainage.

*Guérison.*

650. — *Weir.* (*Annals of Surgery*, décembre 1897, XXVI. — Keen, 81. Finney, 110.)

Homme, quarante ans. Perforation dans la troisième semaine. Tympanisme et sensibilité abdominale pendant vingt-quatre heures avant la perforation. Soudaine et violente douleur abdominale, hoquet et vomissements.

*Opération* douze heures après. Bon état général. Côté droit de l'abdomen contient une grande quantité de liquide purulent ; gaz et matières fécales. Nettoyage soigneux et lavage. Perforation de la grosseur d'un crayon, à 20 centimètres de la valvule. Deuxième plaque épaissie auprès d'elle. Sutures impossibles. Cathéter introduit dans l'intestin pour le drainage, et une ligature passée à travers la paroi intestinale pour la maintenir en place ; l'incision bourrée de gaze autour du tube.

*Mort* douze heures après (température 41°1).

651. — *West J. W.* (*Journal of the Royal Army Medical Corps*, 1904, III, p. 655.)

Juillet 1904. — Homme, dix-neuf ans. Fièvre typhoïde ambulatoire, avec diarrhée. Le douzième jour environ, au milieu de la nuit, douleur violente dans l'abdomen et surtout dans la région épigastrique, vomissements presque continuels. Consécutivement, température 37°8, pouls 100 ; abdomen très distendu, tym-

panique, très sensible surtout à l'épigastre ; disparition de la matité hépatique ; vomissements noirâtres, d'odeur fécaloïde.

*Operation* treize heures après la perforation. Chloroforme. Incision médiane sus-ombilicale. Gaz et liquide trouble s'échappent. Intestins enflammés. Suture de l'incision en un plan. Nouvelle incision médiane sous-ombilicale. Large perforation, du diamètre d'un crayon, au centre d'une plaque, épaissie, sur une largeur de 2 cm. 5 autour de la perforation. Plusieurs autres ulcérations. Suture transversale Lembert à la soie. Lavage avec solution saline. Drain de gaze. Fermeture partielle de l'incision. Durée : une heure.

Vomissements pendant trois jours encore. Le troisième jour, apparition d'une fistule stercorale au niveau du drain de gaze retiré. La suture inférieure de l'incision sus-ombilicale a cédé ; hernie épiploïque de la grosseur d'une balle, qui, sous anesthésie, est lavée au sérum et rentrée ; nouvelle suture de l'incision. Fistule stercorale fermée spontanément un mois et demi après l'opération.

*Guérison* définitive.

652. — *Willard, De Forest.* (*Annals of Surgery*, 1899, XXIX, p. 503. — Keen, 151.)

Homme. Perforation le quinzième jour.

*Opération* cinq à six heures après. Incision sur la ligne semi-lunaire droite. Ecoulement de sérum gris jaunâtre et de fèces. Iléon très congestionné ; plusieurs ulcérations minces. Perforation assez large pour admettre le pouce, à 10 centimètres de la valvule. Suture interrompue à la Lembert et deuxième suture continue. Lavage à l'eau stérilisée chaude. Large tube de drainage en verre.

*Mort* presque aussitôt après l'opération.

653. — *V. Winiwarter.* (Polis, *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*. 1897, XXXVI, p. 266. — Keen, 152. Finney, 86.)

Novembre 1895. — Homme, dix-huit ans. Saisi brusquement d'une violente douleur dans l'abdomen, s'accroissant rapidement.

*Opération*. — Deux jours après le début. Incision médiane. Liquide séro-purulent d'odeur fécaloïde ; anses intestinales adhérentes ; apparence de péritonite septique. Sur l'iléon, près du cæcum, trois perforations, de 2 à 3 millimètres de diamètre, reposant sur des parois infiltrées et friables ; plusieurs autres ulcérations sont creusées jusqu'à la séreuse. Suture des perforations.

Rapide tamponnement de la cavité abdominale. Injection intraveineuse de 2 litres de sérum.

*Mort* dix-huit heures après l'opération.

L'*autopsie* confirme nettement le diagnostic de fièvre typhoïde.

654. — *Wladisslew C.-W.* (Gesselewitch, *Saint-Pétersbourg. Med. Wochenschrift*, 1898, XXIII, n. f. 15-21. Keen, 153.)

Pas de perforation trouvée à l'opération. Mais apparition d'une fistule stercorale peu de jours après.

*Guérison.*

655. — *Woodward S. B.* (*Boston Medical and Surgical Journal*, 1898, CXXXIX, p. 544. — Keen, 154. Finney, 111.)

Janvier 1898. — Homme, dix-huit ans. Fièvre typhoïde grave. Perforation le douzième jour. Douleur sévère dans la région iliaque droite, avec légère sensibilité, pendant sept heures ; puis, soudainement, douleur très violente, sensibilité extrême, rigidité musculaire marquée. Pas de distension. Pouls 104, bon. Température tombe de 39°4 à 35°6.

*Opération* neuf heures et demie après. Très mauvais état ; malade sans connaissance. Incision médiane. Beaucoup de lymphe, liquide blanchâtre (lait ?), et un peu de matières fécales libres dans le péritoine. Perforation de la grosseur d'un pois, sur le bord libre d'une anse d'iléon enflammée. Bords excisés ; deux rangs de sutures à la Lembert. Lavage abondant à l'eau salée. Incision fermée, sans drainage. Après l'opération, malade presque moribond, se remit sous l'action des stimulants.

*Mort* neuf jours après, de son infection typhique.

*Autopsie* partielle. — Cavité abdominale sèche, intestins non enflammés, à l'exception d'une péritonite sèche localisée autour de l'anse suturée.

656. — *Woolsey G.* (*Annals of Surgery*, 1906, XLIII, p. 652, cas 1. — *Presbyterian Hospital Records*, New-York.)

Septembre 1900. — Homme, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïde. Apyrexie. Rechute le vingt-huitième jour, avec diarrhée. Le quarante-deuxième jour, perforation : douleur abdominale et sensibilité. Masse de la grosseur d'un doigt dans la fosse iliaque droite. Vomissements ; sueurs abondantes ; hoquet ; pouls imperceptible. Lavement donné avant l'opération.

*Opération* treize heures après la perforation. Cocaïne. Incision médiane. Sérum trouble. Perforation de 18 millimètres de diamètre, à 12 cm. 5 du cæcum. Deux rangs de sutures à la Lembert. (Retraction de l'incision et maniement de l'intestin pénible.) Lavage. Drain « cigarette ».

*Mort* sur la table, pendant qu'on faisait une injection intraveineuse.

657. — *Woolsey G.* (*Ibid.*, cas 4. — *Ibid.*)

Juillet 1901. — Homme, vingt-quatre ans. Entré à l'hôpital quinze jours avant comme atteint d'appendicite. Widal positif. Hémorragie intestinale la veille de la perforation. Perforation le quinzième jour de la maladie : douleur abdominale continue et sévère ; sensibilité. Vomissements ; distension ; abdomen mou ; leucocytes : 8.000 (12.000, six jours avant).

*Opération*, quatorze heures après la perforation. Cocaïne. Incision médiane. Grande quantité de sérum purulent. Perforation à 5 centimètres du cæcum. Sutures à la Lembert. Lavage. Trois drains « cigarette ».

*Mort* huit heures et demie après.

658. — *Woolsey G.* (*Ibid.*, cas 8. — *Ibid.*)

Septembre 1903. — Garçon, neuf ans. Perforation le dixième jour de la fièvre typhoïde : douleur abdominale, et sensibilité. Un peu de rigidité, de sensibilité et de tympanisme ; péristaltisme diminué ; respiration abdominale.

*Opération.* — Gaz et éther. Incision intermusculaire droite. Ablation de l'appendice (normal). Sérum purulent. Perforation à 45 centimètres du cæcum. Suture en bourse, et rangée de sutures à la Lembert. Enfouissement d'une plaque amincie. Lavage. Gros drains « cigarette » dans le pelvis et la fosse iliaque droite.

*Guérison.* — Le seizième jour, fistule stercorale. Rechute de typhoïde. Plus tard, mal de Pott.

659. — *Woolsey G.* (*Annals of Surgery*, 1906, XLIII, p. 446. — *Annals of Surgery*, 1906, XLIII, p. 652, cas 13. — *Presbyterian Hospital Records*, New-York.)

Juillet 1905. — Homme, dix-sept ans. Fièvre typhoïde. Température normale pendant dix-neuf jours. Rechute sévère. Widal positif seulement la deuxième semaine de celle-ci. Perforation le

trente-quatrième jour de la rechute (soixante-sixième jour de maladie) : douleur soudaine dans le quadrant inférieur droit avec irradiation dans scrotum et pénis ; sensibilité marquée au-dessous de l'ombilic. Ascension de température de 38°3 à 40°5 ; leucocytes : 7.700, pouls 118, respiration 28 ; pas de vomissements ; rigidité marquée au-dessous de l'ombilic ; respiration abdominale absente dans la moitié inférieure ; tympanisme ; légère matité mobile dans les flancs.

*Opération* six heures après les premiers symptômes. Gaz et éther. Incision à droite à travers le muscle droit. Quantité considérable de liquide trouble verdâtre, libre ; pas de gaz. Perforation de 6 millimètres de diamètre, à 37 cm. 5 de la valvule. Deux rangs de sutures de Lembert à la soie. Lavage à la solution saline. Large tube de drainage en caoutchouc avec gaze à l'intérieur, placé dans le pelvis. Lit en position de Fowler.

*Guérison.* — Température à 37°2 dès le lendemain. Cinq jours après, rechute très longue, suivie encore d'une nouvelle rechute.

660. — *Wooslsey G.* (*Ibid.*, cas 14. — *Ibid.*).

Août 1905. — Homme, vingt-cinq ans. Perforation le quatorzième jour de la fièvre typhoïde : douleur abdominale soudaine, disparaît, puis revient ; abdomen un peu distendu, mais mou. Après un lavement, symptômes temporairement atténués. Puis, légère rigidité et distention ; température tombe à 37°2 ; disparition de la matité hépatique.

*Opération* vingt-quatre heures après la perforation. Gaz et éther. Incision à droite sur le muscle droit. Dans l'abdomen, gaz et liquide libres. Perforation de 4 millimètres de diamètre, à 45 centimètres du cæcum. Suture en bourse et rangées de sutures à la Lembert. Lavage. Large drain « cigarette ».

*Mort* quatorze heures après.

661. — *Woolsey G.* (*Ibid.*, cas 15. — *Ibid.*).

Septembre 1905. — Femme, vingt ans. Fièvre typhoïde typique, avec distension abdominale constante ; Widal positif ; leucocytes : 6.700. Quelques petits caillots de sang passent à travers le tube rectal, quelques heures avant la perforation. Perforation le vingt-cinquième jour ; un peu de douleur dans le quadrant inférieur gauche ; distention ; ascension de température. Vomissements ; température 40°5 : pouls 140 ; distension ; sensibilité

au-dessous et à gauche de l'ombilic ; douleur peu sévère ; pas de rigidité : matité hépatique normale.

*Opération* quatre heures et demie après la perforation. Ether. Incision médiane. Gaz et un peu de liquide libre. Pas de perforation sur l'iléon. Sur l'anse sigmoïde, zone nécrotique irrégulière de grande dimension, avec une perforation de chaque côté. Enfouissement sous deux rangs de sutures à la Lembert (difficile, car tissus très friables). Lavage. Drainage : tube de caoutchouc, avec gaze à l'intérieur, et large drain « cigarette ».

*Mort* dix-huit heures après l'opération.

*Autopsie*. — L'anse sigmoïde, dans les 15 à 20 centimètres qui avoisinent la perforation, présente une muqueuse d'aspect vermoulu. En deux autres points, la perforation était imminente.

662. — *Yule G. P.* (*Edinburgh Medical Journal*, 1899, ns. V, p. 360, cas 1.)

Novembre 1898. — Homme, trente-sept ans. Fièvre typhoïde modérée. Le onzième jour, à 8 heures du soir, douleur aiguë au-dessous et à droite de l'ombilic, qui s'améliore ; température monte de 38°9 à 40°3. Vomissements ; sueurs ; douleur abdominale : rigidité ; pouls 96 ; température 38°9. Disparition de la matité hépatique. Pas de selles depuis deux jours. Vomissements ; température 39°4.

*Opération* vingt-deux heures après le début. Chloroforme. Incision sur le bord du droit. Gaz et liquide séreux opalescent : intestins très distendus, couverts de fibrine. Perforation de 3 à 6 millimètres de diamètre. Enfouissement et suture continue. Lavage à la solution saline normale. Large drain de caoutchouc dans le pelvis. Suture de la paroi. Durée : cinquante-sept minutes.

*Guérison*. — Température tombe à la normale. Treize jours après l'opération, nouvelle rechute grave durant vingt jours.

663. — *Yule G. P.* (*Ibid.*, cas 2.)

Novembre 1898. — Homme, vingt-quatre ans. Fièvre typhoïde. Hémorragie intestinale abondante le trente-quatrième jour ; une autre, légère, le lendemain. Le trente-sixième jour, légère douleur abdominale. Le trente-septième, à minuit un quart, douleur devient soudainement très aiguë. A 6 heures du matin, température 37°2 ; trois vomissements. Hoquet, vomissements ; abdomen très gonflé, tendu, tympanique ; diminution de la matité hépatique ; pas de selles.

*Opération* vingt-quatre heures après la douleur aiguë. Incision sur la ligne semi-lunaire droite. Pus séreux ; flocons grisâtres de lymphe sur les intestins. Deux perforations. Sutures à la Lembert. Irrigation saline. Large drain de caoutchouc. Paroi fermée.

*Mort* quarante-neuf heures après.

*Autopsie.* — Péritonite généralisée ; suture adhérant solidement au péritoine pariétal ; nombreuses ulcérations ; l'une, près de la valvule, seulement fermée par le péritoine ; un ganglion mésentérique suppuré.

664. — *Zeidler* (Netschajeff, *Bolnitschnaia Gaseta Botkina*, nº 23, 1894, p. 569. — Keen, 75. Finney, 112.)

Homme, trente et un ans. Perforation le quatorzième jour.

*Opération* trois à quatre jours après. Péritonite. Liquide et matières fécales dans la cavité. Excision de la perforation.

*Mort* le même jour.

*Kirchner.* (*Saint-Louis Medical Review*, 1905, LI, 45.)

Perforation typhique.

*Opération.*

*Guérison.*

*Lauper.* (*Correspondanzblattfürschweizer Ærzte*, 1905. XXXV, 74.)

Perforation typhique.

*Opération* cinquante-huit heures après.

*Guérison.*

*Mac Lean.* (*Canada Lancet*, 1903-1904, XXXVII, 1011.)

Fièvre typhoïde. Perforation intestinale.

*Opération.*

*Mort* vingt et un jours après l'opération, d'un abcès du pelvis.

Depuis la fin de notre travail, nous avons eu connaissance des cas suivants :

*Potel G. et Minet J.* (*Echo Médical du Nord*, 4 avril 1909.)

Péritonite généralisée par perforation typhique, avec vaste épanchement stercoral intra-péritonéal. Large drainage sans suture.

*Guérison.*

*Winslow Anderson et d'Arcy Power.* (*Pacific Medical Journal*, octobre 1902, p. 585.)

Fièvre typhoïde. Perforation intestinale compliquée d'appendicite.

*Opération.*

*Guérison.*

## CONCLUSIONS

I. — La perforation intestinale constitue une COMPLICATION TRÈS IMPORTANTE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE. Si elle ne s'y présente que dans 3,5 à 4 0/0 des cas, elle est par contre 1 fois sur 3 à 1 fois sur 5 la cause de la mort.

II. — ELLE EST DUE essentiellement à la nécrose de l'intestin, résultant de la thrombose des vaisseaux sanguins des follicules isolés ou agminés. La chute de l'escarre peut se produire spontanément, ou sous l'influence de causes occasionnelles multiples, dont les plus importantes sont celles qui agissent mécaniquement sur l'intestin (efforts, mouvements violents, etc.).

ELLE DÉTERMINE la production d'une péritonite. La péritonite généralisée est la règle ; la péritonite localisée l'exception.

III. — *Toute perforation intestinale typhique commande l'intervention chirurgicale*, malgré l'existence, exceptionnelle, de guérisons spontanées, et de « fausses perforations ».

Les 664 cas d'opérations pour perforations typhiques réunis par nous donnent encore une mortalité moyenne de 72,59 0/0. De 1884 à 1909, cependant, les résultats se sont améliorés graduellement : de 90 0/0 à 64,63 0/0.

IV. — La précocité du **diagnostic** est une cause importante de succès.

La douleur abdominale survenant brusquement constitue le symptôme le plus fidèle du début. On peut y ajouter les modifications du facies et du pouls, la rigidité musculaire et la submatité de la fosse iliaque droite.

Le diagnostic peut être parfois difficile à affirmer. L'intervention hâtive étant la seule chance de salut du malade en cas de perforation, dans le doute on ne devra jamais s'abstenir.

**V.** — Le **pronostic opératoire** dépend de facteurs multiples :

A. — Le terrain. — Le pronostic est meilleur quand la perforation survient :

a) *Le typhique.*

1 Chez la femme ;

2° Dans le jeune âge ; Le pronostic est très mauvais à partir de cinquante ans ;

b) *La typhoïde :*

1° Dans les formes bénignes ;

2° Dans la typhoïde ambulatoire ;

3° Au début de la maladie ;

4° Dans une rechute ;

5° Dans la convalescence.

Les hémorragies précédant la perforation constituent un signe pronostique grave.

B. — L'intestin :

1° *La perforation :*

*a*) Dans les cas où l'escarre n'est pas encore complètement détachée, le pronostic est favorable ;

*b*) Dans les perforations complètes, le pronostic est meilleur :

1° Dans les perforations uniques que dans les multiples ;

2° Dans les petites que dans les grandes ;

3° Dans les perforations de l'iléon que dans celles des autres parties du tractus intestinal.

Et parmi ces dernières :

α) Diverticule de Meckel, pronostic bon ;

β) Côlon transverse et anse sigmoïde, pronostic très mauvais ;

γ) Appendice (perforations typhiques vraies), cæcum et côlon ascendant, pronostic à peu près semblable à celui des perforations de l'iléon.

*N.-B.* — La perforation siège :

1° Uniquement sur l'iléon dans 93.51 0/0 des cas ;

2° Sur l'iléon, 9 fois sur 10 dans les 60 derniers centimètres ;

7 fois sur 10 — 30 —

2° *La paroi intestinale :*

*a*) Des lèvres indurées et rigides, ou œdématiées et friables rendent la suture ou impossible, ou peu solide ;

*b*) Une anse présentant de nombreuses ulcérations peut rendre toute suture impossible, et pousse au maximum les chances de nouvelle perforation ;

*c*) Le pronostic est défavorable quand l'intestin est distendu fortement par les gaz.

3° *Le contenu intestinal :*

Le pronostic, meilleur dans les typhoïdes avec constipation, est très mauvais en cas de diarrhée profuse.

C. — Le péritoine :

Pronostic très favorable dans les cas rares de péritonites localisées.

VI. — **Les résultats opératoires** :

A. — La guérison peut survenir :

*a*) Malgré l'état désespéré du malade au moment de l'intervention ;

*b*) Malgré l'apparition de complications multiples ;

*c*) Malgré la nécessité, pour certaines de ces complications, d'une ou plusieurs interventions ;

*d*) Malgré une ou plusieurs rechutes de typhoïde.

B. — Mort :

La mortalité est surtout considérable pendant les premiers jours :

Le premier jour, la moitié du nombre total des cas de morts, et, un peu plus du tiers des malades opérés ;

Dans les deux premiers jours, les deux tiers du nombre total des morts et près de la moitié des opérés.

1° Ces morts rapides se produisent par intoxication générale de l'organisme avec signes de collapsus cardiaque, due surtout à la PÉRITONITE suraiguë généralisée, et pour une part à l'intoxication typhique et au shock opératoire.

La péritonite entraîne encore la mort plus ou moins tardivement par :

*a*) Occlusion paralytique de l'intestin ;

*b*) Obstruction intestinale due à des adhérences, des brides, etc. ;

*c*) Abcès secondaires localisés déterminant une intoxication lente.

2o La persistance de la FIÈVRE TYPHOIDE peut amener la mort plus ou moins longtemps après l'opération par suite :

*a*) Des dégénérescences viscérales multiples (et surtout du cœur) dues à la gravité du processus typhique ;

*b*) Des lésions de l'intestin :

α) Hémorragies intestinales ;

β) Réouverture de l'intestin.

Celle-ci est due, soit à l'apparition d'une ou plusieurs nouvelles perforations ; soit à la reproduction de la perforation suturée dont les fils n'ont pas tenu.

C'est une complication très importante, car :

*a*) Un malade sur sept environ y est exposé ;

*b*) Une fois sur neuf, elle est la cause de la mort.

3° La mort peut être due encore à l'apparition de COMPLICATIONS DIVERSES ; les plus fréquentes étant les complications bronchopulmonaires.

**VII.** — L'**opération** doit être déduite logiquement de la connaissance des différents facteurs qui commandent le pronostic

opératoire et de l'action respective que le chirurgien peut avoir sur chacun d'eux.

A. — Avant l'opération, on devra :

1° Soutenir énergiquement l'état général du malade (injections de sérum, huile camphrée, strychnine, etc.);

2° Lutter contre la péritonite en cherchant à augmenter la leucocytose (nucléinate de soude, électrargol).

La position assise du malade (*position de Fowler*), permet « d'exclure » les surfaces péritonéales encore saines et de limiter l'infection au petit bassin ; plus tard, elle aidera considérablement au drainage. On devra donc l'appliquer dès le diagnostic posé, et la conserver après l'intervention.

B. — L'opération sera :

1° Aussi *précoce* que possible ;

2° Aussi *rapide* que possible (réduite au minimum).

Technique opératoire :

1° Anesthésie locale, ou, à son défaut, anesthésie générale douce, de préférence au chloroforme ;

2° Incision verticale un peu à droite de la ligne médiane (à travers le muscle droit, ou sur son bord externe) ;

3° Ne pas laisser sortir les intestins hors de l'abdomen ;

4° Suture de la perforation dans tous les cas où elle sera possible : faire toujours une suture à deux plans au moins, le superficiel séro-séreux.

Ne pas employer de catgut.

Renforcer, si c'est nécessaire, la suture par une greffe (épiploïque, etc.).

Si la suture est impossible, essayer une greffe ou faire un anus artificiel.

Ne jamais faire de résection intestinale ;

5° Dans tous les cas, isoler l'anse malade de la grande cavité péritonéale, et l'accoler à l'incision abdominale ;

6° Ne faire jamais ni essayage, ni surtout lavage de la cavité péritonéale ;

7° Drainage aussi large que possible, par l'incision primitive, et des contre-incisions :

*a*) Tamponnement du cul-de-sac de Douglas à la gaze, l'extrémité des mèches surtout par les incisions ;

*b*) Sur cette gaze, sera posé le drain de caoutchouc, formant canal;

8° Laisser l'incision abdominale ouverte

C. — Après l'opération, continuer à soutenir vigoureusement l'état général (sérum, etc.).

Position de Fowler.

On donnera, de plus, des lavements salés ; et, à partir de la douzième heure seulement, un peu d'eau par cuillerées à café.

---

Vu le Président de la thèse
QUÉNU

Vu le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

# BIBLIOGRAPHIE


Acchiotée. — Péritonite par perforation chez une typhique guérie par le traitement médical. Gazette médicale d'Orient et de Constantinople, 1901, t. XLVI, p. 595.

Alder. — Un cas de perforation intestinale après une ulcération typhique. Gyermekorvos. Budapest, 1905-1906.

Alglave et Boisseau. — Tribune Médicale, 28 mai 1904 (cas de péritonite par propagation au cours d'une rechute, rapporté dans thèse de Blaire).

Alexandroff. — Laparotomie dans un cas de perforation appendiculaire post-typhique. Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles. Paris, 30 août 1894, p. 735.

Allaben (J. E.). — Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde ; son diagnostic et son traitement chirurgical. Journal of the American Medical Association. Chicago, 1907, t. XLIX, p. 554.

Allen (D. P.). — American Journal of the Medical Sciences, janvier 1902, p. 43.

Allen (C. W.). — Relation de deux cas de typhoïde ambulatoire, avec perforation. New-Orleans Medical and Surgical Journal, 1904-1905, p. 904.

Allyn. — Philadelphia Medical Journal, 3 août 1901, p. 193.

— « Modern Surgery », 1903, 4e édition, p. 724.

Anderson. — Ulcération typhique perforée, traitée par la laparotomie. Intercolonial Medical Journal of Australasia. Melbourne, 1904, t. IX, p. 64.

— De la cause de la mort dans les cas opérés de perforation intestinale survenant dans la fièvre typhoïde. American Medecine. Philadelphie, 1904, t. VIII. p. 1129. — (Also).

Pennsylvania Medical Journal. Pittsburg, 1904-1905, t. VIII, p. 635.

Andrews. — Annals of Surgery, 1902, t. XXXVI, p. 623.

Archer.— Exemples cliniques de perforation intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde. Dublin Journal of the medical Sciences, août 1887, p. 90.

Ardin-Delteil. — Fausse perforation typhique. Bulletin Médical de l'Algérie. Alger, 1908, t. XIX, p. 287.

Armour (D.). — Le traitement chirurgical de la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. Lancet. London, 1903, II, p. 933.

— Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. Western-London Medical Journal, 1907, t. XII, p. 1.

Armstrong. — Annals of Surgery, novembre 1902.

Audet. — Archives de Médecine et de Pharmacie militaires, 1899, t. XXXIV, p. 134.

Augellier. — De la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Lyon pendant les cinq dernières années. Thèse de Lyon, 1898.

Auvray. — Traitement chirurgical des perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde. Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris, 1901, t. III, p. 65.

Aylett (W. R.). — Traitement chirurgical de la typhoïde. Virginia Medical Semi-Monthly. Richmond, 21 décembre 1906.

Azéma et Serr. — Perforation de l'appendice au cours d'une fièvre typhoïde. Toulouse Médical, 1905, 2e s., VII, p. 1589.

Babler (E. A.). — Chirurgie de la perforation typhique-Quart. Bull. M. Dept. Wash. University. Saint-Louis. 1904-1905, t. III, p. 121-148. — (Also). Virginia Medical Semi-Monthly. Richmond, 1905-1906, t. X, p. 206-225.

Babonneix. — La fièvre typhoïde en 1899 (symptomatologie et formes cliniques). Gazette des Hôpitaux, 6 janvier 1900.

Barbe. — Etude clinique sur certaines formes de perforation de l'intestin grêle. Importance du diagnostic précoce. Thèse de Paris, 1895.

Barrs et Tompson. — Perforation thyphique. British Medical Journal. London, 1904, t. I, p. 194.

Bartleet. — Medical News, novembre 1887.

Battle. — Perforation typhique avec opération. Guérison. Memphis Medical Monthly, novembre 1903, t. XXIII, p. 615.

Baylac et Mouchard. — Perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde. Toulouse Médical, 1905, 2e s., t. VII, p. 211.

Bazile (G.). — Diagnostic précoce de la péritonite typhique par perforation et intervention. Policlinica Roma, 1905, t. XII, sez. prat., p. 157.

— Pseudo-perforation intestinale dans la fièvre typhoïde, et intervention chirurgicale. Boll. d. Soc. Lancisiana d. ospedali di Roma, 1905, XXV, fasc. 2, p. 25.

Belgrano-Ortega. — Un cas de perforation intestinale dans une fièvre typhoïde. Revista de la Sociedad Medica Argentina. Buenos-Aires, 1905, t. XIII, p. 151-170.

Berg. — Cas de fièvre typhoïde ambulatoire avec perforation intestinale. New-York Medical Record, 23 mars 1901, t. LIX, p. 441.

Béros. — Contribution à l'étude des perforations intestinales chez les typhiques. Thèse de Bordeaux, novembre 1906.

Bertier. — Le colotyphus. Gazette des Hôpitaux, 1905.

Bichat. — Le traitement chirurgical des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. Revue Médicale de l'Est. Nancy, 1904, t. XXXVI, p. 431-444.

Bierens de Haan. — Complications chirurgicales de la fièvre typhoïde. Geneesk. Bl. u. Klin. en Lab. v. de prakt. Haarlem, 1904, t. XI, p. 1-28.

Blackwood (W. J.). — Le diagnostic de la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. Clinique. Chicago, 1903, t. XXIV, p. 513.

Blaire. — Contribution à l'étude des fausses perforations de l'intestin dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, novembre 1904.

Blake (J. A.). — Ulcérations typhiques perforées, avec péritonite généralisée. Annals of Surgery, 1903, t. XXXVII, p. 283.

— Perforation typhique. Annals of Surgery, 1906, t. XLIII, p. 933.

— Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. New-York Medical Journal, 1907, t. LXXXV, p. 337.

Blanc. — Diverticule de Meckel. Thèse de Paris, 1899.

Bogart (J. B.). — Laparotomie pour ulcère typhique perforant de l'iléon. Annals of Surgery, 1896, I, p. 596.

Boilbereau. — De la fièvre typhoïde chez les enfants. Thèse de Paris, 1881.

Boinet et Delanglade. — Archives générales de Médecine, octobre 1889, p. 542.

Boussenot. — Fièvre typhoïde à début méningitique ; perforations intestinales multiples ; laparotomie ; mort. Bulletin Médical, 1905, t. XIX, p. 109.

Bouvard. — De quelques complications de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1849.

Bowlby (A. A.). — Un second cas d'opération avec succès pour perforation dans la fièvre typhique. Transactions of the Clinical Society of London, 1902-1903, t. XXXVI, p. 124. — (Also). Lancet. London; 1903, I, p. 91.

Boyd et Moore. — Cas de perforation de l'intestin dans la fièvre typhoïde ; opération ; guérison. Intercolonial Medical Journal of Australasia. Melbourne, 1904, t. IX, p. 72.

Bradshaw. — Laparotomie pour perforation au cours de la fièvre typhoïde. British Medical Journal, 1901, p. 1572.

Bridges (W. O.). — Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. Medical Herald. Saint-Joseph, 1903, n. s., t. XXII, p. 489.

Briggs (C. E.). — Laparotomie pour perforation au cours de la fièvre typhoïde. American Journal of the Medical Sciences, janvier 1902, p. 47.

— Perforation intestinale durant le cours de la fièvre typhoïde, et ses aspects chirurgicaux. American Journal of the Medical Sciences, mai 1903, p. 821.

Briggs (J. B.). — Une note sur l'association d'une augmentation de la pression sanguine systolique avec le début de la péritonite par perforation dans la fièvre typhoïde. Boston Medical and Surgical Journal, 1903, t. CXLIX, p. 343.

Bristow (A. T.). — Sur le diagnostic et le traitement de la perforation dans la fièvre typhoïde. Saint-Louis Medical Review, 1904, I, p. 337.

Brouardel et Thoinot. — Article Fièvre typhoïde. Nouveau Traité de

Médecine et de Thérapeutique (Brouardel Gilbert), t. III.

Broudic. — Étude sur les premiers signes indicateurs de la perforation intestinale chez les typhiques. Thèse de Paris, juin 1904.

Brown (F. T.). — Fermeture par suture des perforations intestinales compliquant la fièvre typhoïde. Annals of Surgery, mars 1903, t. XXXII, p. 380.

Brown (J. Y.). — Un cas de perforation typhique. Saint-Louis Medical Review, 1905, LI, p. 44.

Bruce. — Canada Lancet, mars 1902.

— Article résumé dans : American Medicine, mai 1902, p. 747.

Brunotte. — Cure chirurgicale de la péritonite par perforation. Münchener Medizische Wochenschrift, 1901, t. XXXIX,

Bucquoy. — France Médicale, 1879.

— Diverticule de Meckel. Bulletins de la Société Anatomique, juillet 1876.

— Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux, séances des 14 et 28 octobre 1875.

Cameron. — Philadelphia Medical Journal, 3 mars 1900, p. 526.

Cardi. — Péritonite par perforation dans la fièvre typhoïde. Clinica Moderna. Pisa, 1901, t. VII, p. 137.

Cariès. — La péritonite typhique : son diagnostic et son traitement chirurgical. Thèse de Lyon, décembre 1900.

Cargill. — British Medical Journal, 15 décembre 1900, p. 1738.

Carlier. — Péritonite par perforation dans le cours d'une fièvre typhoïde à forme ambulatoire, observée chez un tirailleur indigène ; laparotomie ; mort ; autopsie. Bulletin Médical, 1905, t. XIX, p. 290.

Carnabel. — Suture de l'intestin pour perforation pendant la fièvre typhoïde. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Bucarest, mars-avril 1903, VI, p. 22.

Carr (W.) et Roughton. — Un cas de fièvre typhoïde ; perforation pendant une rechute ; laparotomie ; mort le troisième jour d'une seconde perforation. Transactions of the Clinical Society of London, 1903, t. XXXVI, p. 118.

Castagnary. — Perforation typhique. Gazette médicale de Nantes, 1905, 2e s., t. XXIII, p. 753.

Caturani. — Contribution à la cure de la péritonite chirurgicale. Archives italiennes de Gynécologie. Naples, 1901, t. IV, p. 138.

Cazin. — Le traitement chirurgical des perforations de l'intestin dans la fièvre typhoïde. Semaine Médicale, 6 janvier 1904, p. 1.

Celos. — Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris, mai 1900, p. 503.

Chandelux. — Intervention dans péritonite généralisée. Bulletins de la Société de Chirurgie de Lyon, 1900, t. II, p. 270.

Chandler. — Ulcération typhique et perforation. Journal Médical Soc. N.-Jersey-Newark, 1904-1905, t. I, p. 143.

Chantemesse. — Article Fièvre typhoïde dans Traité de Médecine Charcot-Bouchard.

— Les perforations intestinales de la fièvre typhoïde et leur traitement. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, séance du 6 mai 1908. — (Also). Bulletin Médical, 9 mai 1908, p. 427. — (Also). Klin. therap. Wochenschrift. Vienne, 1908, t. XV, p. 617.

Chaput. — Perforations de l'intestin grêle, typhiques ou autres. Gazette des Hôpitaux, 22 janvier 1903, p. 77.

Charpenay et Mossé. — Péritonite par perforation tardive au cours de la fièvre typhoïde. Loire Médicale. Saint-Etienne, 1907, t. XXVI, p. 295.

Chatard. — Contribution à l'étude des rechutes de la fièvre typhoïde chez l'enfant. Thèse de Paris, 1899

Chauveau. — Péritonite typhique. Thèse de Paris, 1907.

Chevalier. — Laparotomie pour perforation de l'intestin au cours de la fièvre typhoïde. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 11 juin 1902.

Cobb (F.). — Ulcères typhiques perforés. Boston Medical and Surgical Journal, 1907, t. CLVII, p. 2.

Congrès des Chirurgiens américains, mai 1908.

Congrès (XXXVIIIe) de la Société allemande de Chirurgie (14-17 avril 1909). Traitement chirurgical de la péritonite purulente diffuse (in Semaine médicale, 21 avril 1909).

Corbin. — Sur les perforations intestinales considérées au point de

vue anatomo-pathologique. Archives générales de Médecine, 1831, t. XXV.

Cotton (F. J.). — Perforation typhique : opération; guérison. Boston Medical and Surgical Journal, 1906, t. CLV, p. 151.

Coulomb. — Contribution à l'étude des lésions de l'appendice dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1899.

Courtney (W.). — Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde ; avec rapport de cas. Journal of the American Medical Association. Chicago, 1905, t. XLV, p. 1714. — (Also). Journal of the Minnesota Medical Association. Minneapolis, 1906, t. XXVI, p. 119.

Couturier. — Perforation intestinale ; typhus ambulatoire. Loire Médicale, 15 novembre 1885.

Crespin (J.). — Diagnostic et traitement chirurgical de la perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde. Brazil Medico. Rio-de-Janeiro, 1906, t. XX, p. 403.

Cushing (H.). — Laparotomie pour perforation intestinale dans la fièvre typhoïde ; rapport de quatre cas, avec discussion des signes diagnostiques de perforation. Johns Hopkins Hospital Bulletin. Baltimore, novembre 1898, t. IX, p. 257. — Johns Hopkins Hospital Reports, 1900, t. VIII, p. 209.

— Laparotomie exploratrice sous l'anesthésie locale pour symptômes abdominaux aigus survenant dans le cours de la fièvre typhoïde. Philadelphia Medical Journal, 1900, t. V, p. 501.

— Intervention chirurgicale précoce pour la perforation de l'intestin dans la fièvre typhoïde. Annals of Surgery, 1901, t. XXXIII, p. 544.

— Sur la laparotomie exploratrice précoce dans la perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde (traduction). Archives générales de Médecine, 1901, t. V, p. 14.

Cuttler et Elliot. — Perforation d'un ulcère typhique sans extravasation fécale. New-York Medical Record, 1900, t. LVIII, p. 968.

— American Journal of the Medical Sciences, mai 1904.

Czarnik. — Deux cas de perforation de l'intestin au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant. Lwarski Pypodnik lekarski, 1906, I, p. 481.

Da Costa (J. Ch.). — Perforation typhique traitée avec succès en faisant un anus artificiel, avec résection intestinale consécutive. Annals of Surgery, 1905, t. XLI, p. 284.

Dahlgren (K.). — De la perforation de l'intestin et de l'inflammation péritonéale dans la fièvre typhoïde au point de vue chirurgical. Ujssala Lækaref Fœrh, 1902-1903, n. f., VIII, p. 543-559.

Dalziel. — Les aspects chirurgicaux de la fièvre typhoïde. Glasgow Medical Journal, 1905, t. LXIV, p. 262.

Dandridge. — Traitement chirurgical de la perforation dans la typhoïde. Lancet-Clinic. Cincinnati, 27 mai 1905, n. s., LIV, p. 611.

Daniell. — Un cas de fièvre typhoïde ; perforation ; opération ; guérison. Lancet. London, 1906, I, p. 1043.

Davis (B. B.). — Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. Journal of the American Medical Association, 1904, t. XLII, p. 1329.

Davis (G.). — Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde au point de vue opératoire. University Medical Magazine. Philadelphie, mai 1900, t. XIII, p. 171.

Davis (R. T.). — Perforation dans la fièvre typhoïde. American Medecine, janvier 1902.

Deanesly et Malet. — Lancet, 25 mai 1901, p. 1466. — (Also). British Medical Journal, 1901, I.

Delbet (Paul). — Considérations sur le traitement des péritonites. Gazette des Hôpitaux, 1900, p. 1127.

Delbet (Pierre). — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, séance du 1er avril 1908.

Delorme. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris, 26 décembre 1900.

Del Piano. — Perforation et suture de l'intestin dans une seconde récidive de fièvre typhoïde. Il Raccoglitore Medico. Imola, 1904, t. III, p. 310-322.

Depage (A.). — Intervention chirurgicale pour perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde ; guérison. Journal de Chirurgie et Annales de la Société belge de Chirurgie. Bruxelles, nov.-déc. 1902, t. II, p. 170. — (Also) Journal Médical de Bruxelles, 12 février 1903, p. 81.

Derocque. — De l'entérectomie. Thèse de Paris, 1897.

Devic et Froment. — Perforations intestinales de la rechute et de la convalescence de la fièvre typhoïde, et résultats opératoires. Revue de Médecine, 10 septembre 1905, p. 694.

Devic et Trouilleur. — Revue de Médecine, 10 octobre 1908.

Dieulafoy. — De l'intervention chirurgicale dans les péritonites de la fièvre typhoïde. Bulletins de l'Académie de Médecine, séance du 20 octobre 1896. — (Also). Presse Médicale, 28 octobre 1896.

— Manuel de Pathologie interne, t. IV (article Fièvre typhoïde).

Dillay. — De la perforation intestinale de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, juillet 1886.

Domela. — Un nouveau traitement des perforations typhiques de l'intestin. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale. Paris, 1905, t. IX, p. 623-634.

Drury (H. C.) et Taylor (W.). — Notes sur un cas de perforation dans la fièvre typhoïde. Transactions of the Royal Academy Medical Ireland. Dublin, 1904, t. XXII, p. 18. — (Also). Medical Press and Circular. London, 1904, n. s., t. XXVII, p. 29.

Dubujadoux. — Archives de Médecine et de Pharmacie militaires, avril 1908, p. 324.

Ducasse. — Péritonite aiguë ; son traitement. Thèse de Paris, 1891.

Dunn (J. H.). — Perforation typhique. Northwestern Lancet, Minneapolis, 1904, t. XXIV, p. 167.

Dupasquier — Péritonite ; traitement par laparotomie. Thèse de Paris, 1884-1885.

Duvergey. — A propos d'une intervention chirurgicale pour perforations intestinales dans un cas de fièvre typhoïde à forme ambulatoire. Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux, 26 avril 1908, p. 193.

Edwards. — Complications chirurgicales dans la fièvre typhoïde. Medical Standard. Chicago, 1904, t. XXVII, p. 117. — Chicago Medical Recorder, 1904, t. XXVI, p. 152.

Elder (J. M.). — Un cas d'ulcère typhique perforant ; opération ; guérison. Montreal Medical Journal, février 1903, t. XXXII, 98. Discussion, p. 138.

Elliot (J. D.). — Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. Hahneman. Monthly, Philadelphie, 1907, XLII, pp. 881-892.

Elsberg. — Les formes chirurgicales de la perforation de l'intestin dans la fièvre typhoïde chez l'enfant. Annals of Surgery, juillet 1903, t. XXXVIII, pp. 71-96.

— Le diagnostic de la perforation typhique et son traitement par l'opération. New-York Medical Record. 1904, t. LXVI, p. 47.

Erdmann. — Le traitement de quelques-unes des complications chirurgicales de la fièvre typhoïde. New-York Medical Journal, 18 avril 1903, t. LXXVII, p. 678.

Escher (T.). — Le traitement de la péritonite aiguë par perforation dans la typhoïde, par la laparotomie et l'iléostomie. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizine und der Chirurgie. Iéna, 1903, t. XI, pp. 104-123.

Faisans et Flandin. — Société médicale des Hôpitaux de Paris, décembre 1908.

Ferrier. — Diagnostic de la perforation intestinale typhique. Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 8 février 1901, XVIII, p. 104.

Finney (J. M. T.). — Le traitement chirurgical de l'ulcère typhique perforé. Annals of Surgery, mars 1897, pp. 233-269.

— Du traitement chirurgical de l'ulcère typhique perforant. Johns Hopkins Hospital Reports. Baltimore, 1900, t. VIII, pp. 155-208.

Fitch. — Quatre cas de laparotomies pendant la fièvre typhoïde, avec guérisons. Boston Medical and Surgical Journal, 3 décembre 1904, t. CLI, p. 631.

Fitz (R. H.). — Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde ; son évolution et son traitement. Transactions of the Association of American Physicians, 1891, t. VI, p. 200.

Fitze. — Intervention dans la perforation typhique. Transactions of the Association of American Physicians, 1891, VI.

Fix et Gaillard. — Note sur quatre cas de perforations intestinales survenues au cours de la fièvre typhoïde, traitées par la laparotomie et la suture de l'intestin. Archives de médecine et de pharmacie militaires, 1903, t. XLI, pp. 218-230.

Flamini. — Un cas de péritonite par propagation simulant une per-

foration intestinale, dans la sixième semaine d'une fièvre typhoïde chez un enfant. Riv. di clin. pediatr. Firenze, 1905, III, pp. 520-528.

François (R.). — L'appendicite au cours de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1904.

Frank (L.). — Traitement des perforations typhiques. Journal of the American Medical Association. Chicago, 1904, t. XLII, p. 878.

Fulton (W. St.). — Perforation typhique. American Medicine. Philadelphie, 1904, t. VII, p. 699.

Gairdner. — Péritonite dans la fièvre typhoïde. Glasgow Medical Journal, février 1897, t. XLVI, p. 114.

Garcin. — De la perforation intestinale dans la rechute de la fièvre typhoïde. Thèse de Lyon, 1892.

Gaudemet. — Péritonites septiques diffuses dans les perforations. Archives générales de Médecine, 1904, p. 154.

Gerhardy. — La péritonite par perforation d'ulcérations typhiques et son traitement opératoire. Dissertation inaugurale, Goettingen, 1899.

Gesselevitch et Wanach. — Traitement opératoire de la péritonite par perforation de la fièvre typhoïde. Laitopice russk. chirurg. Saint-Pétersbourg, 1897, II, pp. 407-456. — Saint-Petersburger Medizinische Wochenschrift, 1898, nf. 15, n° 3, p. 21.

Gilbert. — De la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1884.

Glazebrooke (L. W.). — Un cas typique de fièvre typhoïde chez un enfant de huit ans, compliqué de perforation intestinale et d'hémorragie. Virginia Medical Semi-Monthly. Richmond, 1907-1908, t. XII, p. 498.

Glinzicz. — La péritonite de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1880.

Gluck — Cure chirurgicale des péritonites. Berliner Klinische Wochenschrift, 1901, p. 35.

Goodall (E. W.). — Cause, diagnostic et traitement de l'ulcère perforé dans la fièvre typhoïde. Lancet. London, 1904, II, pp. 9-15.

Gouronnec. — De la typhlite et de la périty phlite dans leurs rapports avec la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1881.

Greaves (E. L.). — Sur le traitement des ulcérations typhique, perforées. British Medical Journal. London, 1906. I p. 375.

Green. — Perforations typhiques. Toledo Medical and Surgical Reporter, 1907, t. XXXIII, p. 65.

Griesinger. — Traité des maladies infectieuses.

Griffith (C. J. P.). — Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde de la première enfance. American Journal of the Medical Sciences, 1905, ns. CXXX, pp. 581-589.
(Donne une bibliographie importante sur ce point spécial).

Guinard. — Chirurgie du péritoine. Traité de chirurgie de Le Dentu-Delbet.

Guinon. — Deux cas de perforation chez l'enfant. Revue mensuelle des maladies de l'enfance, juillet 1899, p. 290.

Guyot. — De la péritonite par propagation. Thèse de Paris, 1885.

Haggard (W.-D.). — Transactions Southern surgical and gynecological Congress, 1899, p. 148.

— Opération pour perforation typhique, avec la relation de trois cas opérés avec succès. Transactions Med. Soc. Tennessee. Nashville, 1903, pp. 57-69.

— Une étude de la perforation intestinale et de la péritonite dans la fièvre typhoïde, avec la relation de trois opérations avec succès, et une recherche statistique de deux cent quatre-vingt-quinze cas opérés. New-York Medical Record, 1904, t. LXVI, p. 89-92. — (Also). Transactions of the American Association Obstet. and Gynec., 1903. New-York, 1904, t. XVI, pp. 150-164. — (Also). American Journal Obstet. New-York, 1904, t. L, pp. 368-376.

Hagopoff. — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 18 juin 1902, p. 680.

— Du diagnostic et de l'intervention sanglante dans les perforations typhiques. Gazette des Hôpitaux, 17 et 24 mai 1902, pp. 553 et 579.

Hall. — Dans un cas de fièvre typhoïde, état simulant une perforation intestinale, produit par une dose médicinale d'opium, Journal of the American Medical Association. Chicago, 1906. t. XLVII, p. 1916.

Hamilton. — Laparotomie pour perforation. Montreal Medical Journal, 1901, t. XXX, p. 93.

Hare (H.-A.). — Perforation de l'ulcère typhique. Wisconsin Medical Journal. Milwaukee, 1903, I, p. 340.

Harte — Trois laparotomies avec succès pour perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. Annals of Surgery, juillet 1903, p. 63. — (Also) Transactions of the Phidadelphia Academy of Surgery, 1904, t. VI, pp. 80-92.

Harte et Ashhurst. — Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. Annals of Surgery, 1904, t. XXXIX, pp. 8-56. — (Also). Transactions of the American Surgical Association. Philadelphie, 1903, t. XXI, pp. 580-624.

— Le diagnostic et le traitement des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. Cleveland Medical Journal, 1905, t. IV, pp. 125-134.

— Une étude de la perforation dans la fièvre typhoïde. Journal of the American Medical Association. Chicago, 1905, t. XLV, pp. 1313-1319.

— Les aspects médicaux et chirurgicaux des ulcères typhiques perforants. Boston Medical and Surgical Journal, 1907, t. CLVII, pp. 69-75.

Hartmann. — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 9 janvier 1901.

— Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 25 mars 1908.

Hawkes. — Le diagnostic de la perforation imminente dans la fièvre typhoïde. New-York Medical Record, 1907, t. LXXI, p. 414. — (Also). New-York Academy of Medicine, 1er février 1907.

Hays (G.-L.). — American Medicine, 6 septembre 1902, p. 379.

— Perforation intestinale compliquant la fièvre typhoïde. Journal of the American Medical Association, 1905, t. XLIV, pp. 1265-1271.

Henriot. — Du diagnostic et du pronostic de la dothiénentérie avec lésions prédominant sur le gros intestin. Thèse de Lyon, 1895.

Herczell. — Un cas guéri de perforation typhique. Orvosi hetil., Budapest, 1904, t. XLVII, p. 400.

Hersey. — Relation d'une opération pour perforation typhique. Providence Medical Journal, 1906, t. VII, p. 56.

Heuston (F.-T.). — Laparotomie pour perforation intestinale. Lancet, 1900, t. I.

— British Medical Journal, 16 novembre 1901, p. 1454.

— Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde en service actif. Journal of the Royal Army Medical Corps. London, 1904, t. II, p. 726.

Hocquette. — Manifestations appendiculaires au début de la typhoïde. Thèse de Lille, 1905.

Holmes (T. K.). — Fièvre typhoïde avec perforation de l'intestin et guérison. Journal of the American Medical Association, 1903, t. XL, p. 714.

Holmes. — Un cas de perforation typhoïdique. Wisconsin Medical Journal. Milwaukee, 1904, III, p. 375.

Homolle. — Article Fièvre typhoïde, dans le Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie, t. XXXVI.

Hopfenhauser. — Etude sur l'appendice vermiforme dans le cours de la fièvre typhoïde. Revue de la Suisse romande, 2 février 1899.

Houzé (J.). — Intervention dans les péritonites aiguës généralisées. Thèse de Paris, 1896.

Huntington et Ebright. — Un cas de perforation typhique de l'intestin avec traitement chirurgical et guérison. Journal of the American Medical Association, 1905, t. XLIV, p. 1664.

Hutchinson (J. A.). — Traitement chirurgical de la perforation typhique des intestins ; avec relation de cinq cas. Montreal Medical Journal, 1903, t. XXXII, p. 733.

Hutinel. — Convalescence et rechute de la fièvre typhoïde. Thèse d'agrégation. Paris, 1883.

Jaccoud. — Traité de pathologie interne, 1883.

— Des défervescences brusques de la fièvre typhoïde. Leçons de Clinique médicale, 1885.

Jalaguier. — Article « Péritonites », dans le Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus, 2e édition, t. VI.

Jankowski. — Traitement chirurgical des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. Medycyna, Varsovie, 1904, t. XXXII, p. 441-471.

Jones. — Cas de guérison d'un cas de perforation au cours de la fièvre typhoïde. Annals of Surgery, juillet 1901.

Jopson (J.-N.). Relation d'un cas de perforation typhique chez un enfant de six ans. Archives of Pediatrics. New-York, 1904, t. XXI, p. 195.

Josias. — La fièvre typhoïde du vieillard. Thèse de Paris. 1881.

— Congrès de Madrid, avril 1903 (in Gazette des Hôpitaux, mai 1903.)

Junqua (F.). — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, mai 1901.

Kaehler (M.). — Trois cas de perforations intestinales typhiques et de péritonites par perforation, traités chirurgicalement. Deutsche Medizinische Wochenschrift. Leipzig et Berlin, 1907, t. XXXIII, p. 1370.

Keen. — Complications et séquelles chirurgicales de la fièvre typhoïde. Philadelphie, 1898.

— Traitement chirurgical de la perforation de l'intestin dans la fièvre typhoïde, avec une table de 158 cas. Journal of the American Medical Association, 20 janvier 1900, t. XXXIV, p. 130-138.

— La chirurgie de la fièvre typhoïde. Saint-Louis Courrier Medical, 1904, XXXI, p. 228-299. (Discussion, p. 321-330.)

Kiliani (Otto G.). — Typhoïde avec double perforation de l'iléon et perforation de la vésicule biliaire. Suture intestinale. Cholécystectomie. Annals of Surgery, 1907, t. XLV, p. 34.

Kirchner. — Un cas de perforation typhique ; opération ; guérison. Saint-Louis Medical Review, 1905, t. LI, p. 45. (Discussion, p. 51-53.)

Koerte (W.). — Expériences sur le traitement chirurgical de la péritonite purulente généralisée. Verhandlungen der deutsch. Gesellschaft für Chirurgie. XXI[e] Congrès, 1892, p. 164.

— Nouveau mémoire sur le traitement chirurgical de la péritonite purulente diffuse. Mitteilungen ans den Grenzgebieten der Medizin und der Chirurgie. Bd. II, 1897, p. 145.

Kothe. — Traitement de la péritonite diffuse et progressive par les lavements continus de sérum physiologique. Therapie

der Gegenwart, octobre 1907 (in Semaine médicale, 11 décembre 1907.)

Kyle (H. G.). — Ulcère typhique perforant. Bristol Medico-Chirurgical Journal, 1903, t. XXI, p. 30-36. (Discussion, p. 88.)

Labaste. — De quelques complications de la convalescence de la fièvre typhoïde. Thèse de Lyon, 1892.

Laboulbène. — Deux observations de perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. Union Médicale, 1877.

Laporte (G.). — De la péritonite par propagation d'origine intestinale. Thèse de Lyon, 1899.

Lauper. — Perforation de l'intestin dans la fièvre typhoïde, guérie par une opération faite cinquante-huit heures après le début. Correspondanz-Blatt für schweiz. Aerzte. Bâle, 1905, t. XXXV, p. 74-80.

Lavroff (B.-B.). — Traitement opératoire de la péritonite typhique par perforation. Russkii Vratch. Saint-Pétersbourg, 1904, t. III, p. 1124-1157.

Leclerc et Roubier. — De la péritonite typhique aiguë généralisée, envisagée surtout quant au traitement. Lyon Médical, 1907, t. CIX, p. 605-616, 645.

Le Conte. — Annals of Surgery, 1901, t. XXXIII, p. 645.

Le Conte (R.). — Deux cas de perforation pendant une fièvre typhoïde, traités par l'opération et terminés par guérison. Transactions of the Philadelphia Academy of Surgery, 1904, t. VI, p. 148-157. — (Also). Annals of Surgery, 1904, t. XXXIX, p. 118-128.

Legueu. — Perforation intestinale. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1900, t. XXVI, p. 1156.

— Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 11 mars 1908, p. 346.

Lejars. — Chirurgie d'urgence.

— Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 25 novembre 1896.

— Perforation typhique. *Ibid.*, 1900, t. XXVI, p. 1156.

Lépine (R.). — Cas de perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Lyon, 1907, t. VI, p. 342.

— Sur un cas de perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. Lyon Médical, 1907, t. CIX, p. 989.

Lereboullet. — Sur le diagnostic et le traitement des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. Bulletins de l'Académie de Médecine, 3 novembre 1896, p. 542.

Lesné et Loederich. — Perforations anormales de l'intestin chez deux typhiques ; intervention chirurgicale. Tribune Médicale, 1904, 2e s., t. XXXVI, p. 837.

Letulle. — Des perforations aiguës de l'intestin grêle. Presse Médicale, 1895.

Leudet. — Archives générales de Médecine, 1859.

— Recherches sur la perforation typhique. Mémoires de l'Académie de Médecine, 1871.

Lloyd et Coley. — Deux cas de perforation dans la fièvre typhoïde avec symptômes peu concluants. Proceedings of the Philadelphia Co. Med. Soc., 1902, t. XXIII, p. 434-446. — (Also). Philadelphia Medical Journal, 1903, t. XI, p. 130.

Loison. — Traitement chirurgical de la péritonite suppurée diffuse consécutive à la perforation intestinale typhique. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 5 décembre 1900, t. XXVI, p. 1077.

— *Ibid.*, 9 janvier 1901.

— Du traitement chirurgical de la péritonite suppurée diffuse, consécutive à la perforation typhoïdique de l'intestin grêle. Revue de Chirurgie, février 1901.

— Traitement des perforations de l'intestin grêle dans le cours de la fièvre typhoïde. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 17 mars 1908, p. 348.

Long (J. W.). — Chirurgie de la perforation typhique. Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1907.

Louis (C.). — De la laparotomie dans la péritonite par perforation au cours de la fièvre typhoïde. Progrès Médical, 27 décembre 1890, t. II, p. 512.

Love (A.). — Péritonite par perforation dans la fièvre typhoïde. Glasgow Medical Journal, 1903, t. LX, p. 13-31.

Lozano y Monzin. — Perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde, étudiée au point de vue chirurgical. Clin. Moderna. Saragosse, 1904, t. III, p. 261 ; 400.

Lucke. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1886-1887. Bd. XXV, p. 1. — (Also). Medical News, novembre 1887.

— Transactions of the American Surgical Association, 1888, p. 422.

Lund (F. B.). — Un cas de perforation intestinale dans la fièvre typhoïde ; opération ; guérison. Boston Medical and Surgical Journal, 1907, t. CLVII, p. 330.

Lyon (G.). — Clinique thérapeutique. Paris, 1908.

Mc Arthur. — Annals of Surgery, 1902, t. XXXVI, p. 624.

Mc Cormick. — Therapeutic Gazette, 15 août 1903, p. 513.

Mc Crae (T.) et Mitchell (J. F.). — Formes chirurgicales de la fièvre typhoïde ; sommaire de ces cas avec les formes chirurgicales des services de Johns Hopkins Hospital, de juin 1900 à juin 1902, avec renseignements spéciaux sur la perforation intestinale. Johns Hopkins Hospital Reports. Baltimore, 1901-1902, t. X, p. 385-472. — (Also). American Medicine, 6 septembre 1902.

Mc Crae (G.). — Fièvre typhoïde ; analyse de 717 cas. Transactions of the Association American Physicians. Philadelphia, 1903, t. XVIII, p. 165-175. — (Also). Montreal Medical Journal, 1903, t. XXXII, p. 785-794.

Mc Gavin (L.). — Clin. Journal. London, 1907-1908, t. XXXI, p. 249-255.

Mc Oscar. — Péritonite généralisée par perforation de l'iléon due à la fièvre typhoïde. Fort-Wayne Medical Journal, 1905, t. XXVI, p. 447.

Mc Phedran (A.). — Perforation dans la fièvre typhoïde. Canada-Lancet. Toronto, 1906-1907, t. XL, p. 577-585. — (Also). Montreal Medical Journal, 1907, t. XXXVI, p. 159-168.

Mc Reynolds. — Transactions of the College Physicians. Philadelphie, 1902, p. 134.

— Proceedings of Philadelphia Academy of Surgery, 6 avril 1903. — (Also). Annals of Surgery, juillet 1903.

Maclean. — Histoire d'un cas de perforation intestinale dans une typhoïde ; opération et mort vingt et un jours après l'opération d'un abcès du pelvis. Canada-Lancet. Toronto, 1903-1904, t. XXXVII, p. 1011.

Mackenzie (H. W.). — De la perforation dans la fièvre typhoïde,

avec la relation de deux cas de guérison après traitement chirurgical. Lancet. London, 1903, II, p. 863-869.

Mackenzie. — De l'importance d'un diagnostic précoce de la perforation dans la fièvre typhoïde. Practitioner. London, 1904, t. LXXII, p. 157.

Mahot et Guilbaud. — Fièvre typhoïde chez un enfant de quatorze ans ; perforation intestinale ; opération. Gazette médicale de Nantes, 1904, 2e s., t. XXII, p. 635.

Mahot et Vignard. — Perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde. Gazette médicale de Nantes, 1901, I, p. 1079.

Malherbe. — Des rapports du pouls et de la température dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1882.

Malone (B.). — Perforation typhique ; opération ; guérison. Memphis Medical Monthly, 1903, t. XXIII, p. 615.

Manges (M.). — Le début brusque de la fièvre typhoïde. Journal of the American Medical Association, 1905, t. XLV, p. 1996.

— Le diagnostic et le traitement de la perforation dans la fièvre typhoïde, avec la relation de dix-neuf cas, dont seize opérés, avec cinq guérisons Mount Sinaï Hospital Reports. New-York, 1905, t. IV, pp. 53-77 (Also). — Journal of the American Medical Association, 1905, t. XLV, pp. 1019-1026.

Margery. — La péritonite par propagation. Thèse de Paris, 1892.

Marsden. — Perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde. Lancet, 23 juin 1900, I, p. 1800.

Martin. — De la douleur abdominale dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1901.

Mattison. — Chirurgie (immédiate) de l'ulcère typhique perforant avec relation de cas. California State Journal Medical, San-Francisco, 1905, t. III, p. 248.

Mauclaire. — Traitement chirurgical des perforations intestinales
— typhiques. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 25 mars 1908.

Mauger (N.). — La perforation typhique de l'intestin et de ses annexes ; son traitement chirurgical. Thèse de Paris, juillet 1900.

Meakins. — Perforations typhoïdiques. Montreal Medical Journal, 1905, t. XXXIV, pp. 741-748.

Mears. — De l'intervention chirurgicale dans les ulcères perforants de la fièvre typhoïde. Americain. Surgical Association, 19 septembre 1888.

Medical News. New-York, 1904, t. LXXXIV, p. 267. Intervention chirurgicale dans la perforation typhique (éditorial).

Melnotte. — Contribution à l'étude des perforations intestinales. Thèse de Paris, février 1880.

Menestrina (J. F.). — Brève relation d'un cas de fièvre typhoïde avec perforation et hémorragie ; présentation de pièces. Medical Fortnightly, Saint-Louis, 10 août 1907, t. XXXII, p. 378.

Menn (R.). — Laparotomie pour perforation de l'intestin dans deux cas de fièvre typhoïde. Wiener Medizinische Wochenschrift, 1905, t. LV, p. 1977.

Méry. — La perforation intestinale de l'intestin dans la fièvre typhoïde de l'enfant. Presse Médicale, 1902.

Michaux. — De l'intervention chirurgicale dans les perforations intestinales de la fièvre typhoïde. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, séance du 5 février et du 20 mai 1908.

— *Ibid.* Bulletin Médical, 1908, t. XXX, p. 105.

Miclescu. — Contribution critique au diagnostic et à la thérapeutique chirurgicale de la perforation typhique et de la péritonite par perforation. Thérapeutische Monatshefte, Berlin, décembre 1902, t. XVI, pp. 553-622.

Mignon. — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1er avril 1908.

Milhit. — Perforations intestinales d'origine typhique. Progrès Médical, 10 octobre 1908.

Mitchell. — Annals of Surgery, 1907, t. XLV, p. 470.

Mitchell. — Pennsylvania Medical Journal, janvier 1908.

Moizard. — Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, 10 juillet 1899.

Molveaux. — L'appendicite comme complication de la fièvre typhoïde, symptômes, diagnostic, traitement. Thèse de Paris, 1907.

Monart (A.-H.). — Péritonite par perforation à évolution paradoxale

au cours d'une fièvre typhoïde. Archives de Médecine et de Pharmacie militaires. Paris, 1906, t. XLVI, pp. 129-138.

Monod. — Presse Médicale, 21 novembre 1896.

— Bulletins et Mémoires de la Soc. de Chirurgie de Paris, 12 décembre 1900.

Monod et Vanverts. — Du traitement chirurgical des péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde. Revue de Chirurgie, mai 1897, p. 165.

Morestin. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris, 11 mars 1908, p. 335.

Morin. — Les perforations intestinales dans le cours de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, juin 1869.

Morton. — Considérations chirurgicales sur les complications abdominales de la fièvre typhoïde. Medical News, 26 novembre 1887.

Moschkowitz. — Perforation typhique de l'intestin grêle ; opération. New-Yorker Medizinische Monatsschrift, 1904, t. XVI, p. 402.

Moty. — Perforations intestinales typhoïdiques. Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris, 1er avril 1908.

— Le traitement chirurgical des perforations typhoïdiques. Gazette des Hôpitaux, 9 juillet 1908.

— Le traitement chirurgical des péritonites purulentes généralisées ; son évolution et sa position actuelle. Semaine Médicale, 10 février 1909.

Mouriquand. — Deux cas de perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde ; opération. Lyon Médical, 12 juillet 1903. II, p. 38.

Moutier. — De la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1855.

Mower-White. — Lancet, 26 janvier 1901, t. I, p. 256.

Muhsam. — Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1901, p. 534.

Muller. — Deutsche Militærærztliche Zeitschrift, 1901, t. XXX, p. 501.

Munro (J. C.). — Le diagnostic clinique de la perforation typhique. Boston Medical and Surgical Journal, 1903, t. CXLVIII, p. 146-151.

Murchison. — Traité des fièvres continues de la Grande-Bretagne. (Tradution française.)

Murphy (J. B.). — Relation d'un cas de perforation typhique avec infection péritonéale généralisée, et cinq autres cas de péritonites purulentes généralisées ; tous guéris. Journal of the American Medical Association, 1903, t. XL, p. 977-981.

Musser (J. B.). — Guérison, sans opération, d'une perforation de l'intestin au cours d'une fièvre typhoïde ; mort par hémorragie. Pennsylvania Medical Journal, avril 1905, t. VIII, p. 443.

Myler. — Les aspects chirurgicaux de la fièvre typhoïde. Middlesex Hospital Journal. London, 1904, t. VIII, p. 203-221.

Nevison. — American Journal of the Medical Sciences, janvier 1902, p. 39.

Noble. — Le traitement chirurgical de la fièvre typhoïde. Indiana Medical Journal. Indianapolis, 1903-1904, t. XXII, p. 264.

— L'ulcère typhique ; son aspect chirurgical. Medical and Surgical Monitor. Indianapolis, 1904, t. VII, p. 339-346.

Nové-Josserand. — Rapport au Congrès d'Alger, 1907.

Orton. — British Medical Journal, juillet 1899.

Osler. — Etude soigneuse des symptômes de la perforation intestinale ; opération précoce. Lancet, 9 février 1901, I, p. 386.

Parsons. — Le diagnostic de la perforation dans la fièvre typhoïde. Dublin Journal of the Medical Sciences, 1904, t. CXVII, p. 98-108. — (Also). Transactions of the Royal Academy Medical Ireland. Dublin, 1904, t. XXII, p. 28-39.

Patteson. — Dublin Journal of the Medical Sciences, janvier 1901. p. 3.

Pédarré. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la perforation intestinale survenant au cours de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, juillet 1902.

Perrone. — Appendicite et fièvre typhoïde ; appendicite para-typhoïde de Dieulafoy. Revue de Chirurgie, novembre 1905, p. 728.

Peyronnet. — Phlegmons de la fosse iliaque consécutifs à des perforations intestinales. Thèse de Paris, 1876.

Picqué. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris, 25 mars 1908.

Plalt. — Perforations intestinales. Lancet, 1899, I, p. 50.

Pluyette et Alezais. — Perforation de l'iléon deux mois après une fièvre typhoïde. Marseille Médical, t. XLI, p. 321.

Poisson et Aubry. — Péritonite par perforation chez un typhoïdique. Gazette médicale de Nantes, 1901, t XIX, p. 85.

Poncel. — Indications opératoires dans les perforations intestinales à la suite de la fièvre typhoïde. Marseille Médical, 1er juillet 1908, t. XLV, p. 385. (Discussion, p. 415.)

Poncet. — Un cas de perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde ; intervention précoce ; mort. Lyon Médical, 1903, t. C, pp. 373-378.

— Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1er avril 1908.

Potain. — Les perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. Gazette des Hôpitaux, 9 juin 1891.

Potter (H. B.). — Le traitement des perforations typhiques. Transactions Rhode Island medical Society, 1902, Providence, 1903, t. VI, pp. 466-475.

Prévost-Maisonnay. — Lésions du côlon dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1899.

Price. — Perforations typhiques. American Journal of Obstetrics. New-York, 1907, t. LVI, pp. 691-700.

Quénu. — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 25 mars 1908.

Ramond. — Etude sur la fièvre typhoïde expérimentale. Thèse de Paris, 1898.

Ramsey (E.-T.). — Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. Northwestern Lancet, Minneapolis, 1903, t. XXIII, pp. 205-211.

Ranque. — Péritonite dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1881.

Ratier. — Pronostic, complications, et traitement de la fièvre typhoïde des enfants. Thèse de Paris, 1901.

Reder. — Perforation typhique ; un cas favorable. Interstate Medical Journal Saint-Louis, 1904, XI, p. 667.

Remlinger. — Traitement médical de la perforation intestinale. Gazette médicale de Constantinople, 1901, t. XLVI, p. 595.

Reunert. — Trois observations de perforations typhiques guéries. Revue de Hayem, 1890.

Ricard. — Sur le traitement des perforations intestinales dans la

fièvre typhoïde. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 18 juin 1902.

— *Ibid.*, 18 mars 1908.

Richardson. — Diagnostic de l'appendicite aiguë et de quelques cas atyphiques de fièvre typhoïde. Boston Medical and Surgical Journal, 1902.

Rillet. — La fièvre typhoïde chez les enfants. Thèse de Paris, 1846.

Rivoire. — La fièvre typhoïde chez les enfants. Thèse de Montpellier, 1898.

Roberts (J. B.). — Deux décisions chirurgicales erronées dans la perforation intestinale typhique. Philadelphia Medical Journal, 1903, t. XI, p. 134.

— Volvulus du petit intestin dans la fièvre typhoïde, simulant une perforation. Annals of Surgery, 1906, t. XLIV, p. 242-248.

— La valeur et la sûreté de l'exploration chirurgicale dans les complications abdominales de la fièvre typhoïde. Pennsylvania Medical Journal, 1906-1907, t. X, p. 522.

Rochard. — Bulletins et Mémoires de la Société de Chir. de Paris, 26 décembre 1900.

— Des fausses perforations typhiques. Gazette des Hôpitaux, 1904, t. LXXVII, p. 705.

— Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 18 mars 1908, p. 366.

— Traitement des perforations intestinales de la fièvre typhoïde. Bulletin général de Thérapeutique, 23 mai 1908.

Rodman. — American Medicine, 23 novembre 1901.

Roger. — Insuffisance hépatique. Presse Médicale, 1900.

Rogers. — Transactions Southern surgical and gynecological Congress, 1899, p. 148.

Roper. — Quand faut-il opérer une péritonite consécutive à la perforation ? Lancet, 1901, I, p. 1129.

Ross (G. G.). — Philadelphia Medical Journal, 2 mai 1903, p. 748.

— Les complications chirurgicales de la fièvre typhoïde. American Journal of the Medical Sciences, 1905, n. s., t. CXXX, pp. 115-120.

— Le traitement de la péritonite septique aiguë généralisée. American Journal of Obstetrics, septembre 1908.

Routier. — Bulletin Médical, 20 janvier 1892.

— Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 26 décembre 1900.

Roux. — Intervention pour perforation au cours d'une fièvre typhoïde ; guérison. Société de Chirurgie de Marseille, 16 mai 1907.

Roy (J.). — Les péritonites par propagation au cours de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1907.

Rukovich. — Méthodes de traitement chirurgical de plusieurs complications de la fièvre typhoïde. Voyenno med. Journal. Saint-Pétesbourg, 1905, med.-spec.-pt., p. 467-477.

Ruotte et Niclot. — A propos de deux cas de perforation intestinale typhoïdique avec intervention chirurgicale. Bulletin Médical, 1903, t. XVII, p. 1005-1008.

Russel. — Leucocytose et perforation typhique. Boston Medical and Surgical Journal, 1901, p. 144.

— Perforation dans la fièvre typhoïde. Montreal Medical Journal, 1903, t. XXXII, p. 584-590.

Sabrazès. — Perforation intestinale chez un typhique. Gazette heldomadaire des Sciences médicales de Bordeaux, 1906, t. XXVII, p. 147.

Sale, Thomas et Scott. — Deux cas de fièvre typhoïde chez l'enfant ; perforation ; laparotomie, guérison. Saint-Bartholomew's Hospital Journal. London, 1902-1903, t. X, p. 106.

Sales-Bernard. — Péritonite par propagation. Thèse de Paris, 1875.

Sanders. — La chirurgie de la fièvre typhoïde. Kansas-City M. Index-Lancet, 1906, t. XXVII, p. 9.

Scott. — Perforation de l'intestin dans la fièvre typhoïde. Saint-Bartholomew's Hospital Reports. London, 1904, t. XXXIX, p. 133-137.

Scott (J. Al.). — Etude de cinquante cas de perforation dans la fièvre typhoïde. University of Pennsylvania Medical Bulletin. Philadelphie, mai 1905, t. XVIII, p. 81-89, 111.

Scott (J. A.). — Perforation de l'intestin dans la fièvre typhoïde New-York Medical Journal, 9 février 1907.

Scudder. — Deux cas de fièvre typhoïde avec péritonite aiguë généralisée ; causée dans un cas par la perforation d'un

ulcère typhique et dans l'autre par la rupture d'un pyosalpinx chronique infecté de façon aiguë par le bacille typhique ; opération précoce suivie de guérison. Boston Medical and Surgical Journal, 1905, t. CLIII, p. 84.

— Erreurs de diagnostic dans des cas de perforation typhique. Boston Medical and Surgical Journal, 1907, t. CLVII, p. 76.

Seibert. — Archives of Pediatrics, septembre 1902.

Selby. — Le diagnostic de la perforation de l'intestin dans la typhoïde. Journal of the American Medical Association, 1907, t. XLVIII, p. 2108.

Selby. — Les complications et séquelles de la fièvre typhoïde. American Journal of the Medical Sciences, 1908, n. s., t. CXXXV, p. 224-232.

Setbon. — Les perforations intestinales dans la fièvre typhoïde des enfants. Thèse de Paris, 1902.

Sharpe. — Remarques sur la chirurgie de la fièvre typhoïde. Saint-Louis Courrier Médical, 1904, t. XXXI, p. 300.

Shattuck. — Ulcères typhiques perforants. Boston Medical and Surgical Journal, 1907, t. CLVII, p. 75.

Shattuck, Warren et Cobb. — Etude de vingt-quatre cas de fièvre typhoïde avec symptômes d'infection péritonéale ; laparotomie. Boston Medical and Surgical Journal, 28 juin 1900, p. 677. — (Also). Transactions of the American Surgical Association, 1900, t. XVIII, p. 370-420.

Shepherd (F. J). — Sur trois cas d'ulcère typhique perforant opérés avec succès. Edinburgh Medical Journal, 1er février 1902, p. 193. — (Also). Montreal Medical Journal, 1903. t. XXXII, p. 1. — (Also). Ann. Pract. and News, Louisville, 1903, t. XXXV, p. 272.

Sheppard. — Perforation dans la fièvre typhoïde et ses relations avec la pression sanguine, relation de cinq cas. Lancet, 1907, I, p. 1293.

Shoemacker. — Philadelphia Medical Journal, 31 mai 1902, p. 981.

— Perforation intestinale suivant la fièvre typhoïde. Ann. Pract. and News. Louisville, 1906, t. XL, p. 467.

Sieur. — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 18 mars 1908.

Siron. — De l'intervention précoce dans les péritonites aiguës diffuses. Thèse de Paris, 1897.

Smith. — Notes sur un cas de fièvre typhoïde, avec symptômes ressemblant de près à ceux de la perforation ; guérison sans opération. — Transactions of the Royal Academy Medical Ireland. Dublin, 1904, t. XXII, p. 23.

Société Royale (Angleterre). Perforation typhique. In Bulletin Médical, 10 février 1897.

Soper. — Perforation typhique, rapport de cas, et remarques sur le diagnostic. Saint-Louis Courrier Médical, 1906, t. XXXIX, pp. 139-143.

Souligoux. — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 11 mars 1908, p. 343.

Spellissy. — Proceedings of Philadelphia Academy of Surgery, 6 avril 1903.

Spencer. — Péritonite septique survenant précocement au cours de la fièvre typhoïde, en dehors de perforation. Transactions Clinical Society of London, 1906, t. XXXIX, p. 59.

Spohn. — Perforation typhique de l'intestin avec obstruction, justification de l'incision abdominale exploratrice. Texas State Journal Medical. Fort-Worth, 1905-1906, I, p. 338.

Staunton. — Cas de perforation typhique ; laparotomie ; guérison. Medical Press and Circular. London, 1903, n. s., t. LXXVI, p. 609.

Stewart. — Perforation typhoïdique ; avec une relation de huit cas soumis à l'opération ; deux guérisons. American Journal of the Medical Sciences, 1904, n. s., t. CXXVII, p. 795-803.

Sweetser. — Relation d'un cas d'ulcère typhique perforé ; péritonite suppurée diffuse, avec opération et guérison. Northwestern Lancet. Minneapolis, 1903, t. XXIII, p. 303.

Takezaki. — Un cas de péritonite par ulcère perforant dans la fièvre typhoïde. Gun Igaku Zaski. Tokyo, 1904, p. 281-286.

Tavel et Lanz. — Sur l'étiologie de la péritonite. Mitteilungen aus Kliniken und medizinischen Instituten der Schweiz, 1898. — Korrespondanzblatt für Schweizer Ærzte, 1901.

Taylor (H. M.). — Transactions Southern Surgical and Gynecological Congress, 1899.

Taylor (W.). — Perforation intestinale et son traitement. Dublin Journal of the Medical Sciences, 1901, III, p. 1.

— Relation de deux cas de perforation intestinale traités par la laparotomie. Transactions of the College of Physicians. Philadelphie, 1899.

— Perforation typhique ; fréquence, pronostic, diagnostic et traitement. New-York Medical Journal, 1er février 1902, p. 193.

— Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. Virginia Hospital Bulletin. Richemond, 1904, I, p. 3. — (Also). American Journal Surg. and Gynecol. Saint-Louis, 1904-1905, t. XVIII, p. 24.

— Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. Mobile Medical and Surgical Journal, 1904-1905, p. 249-257. — (Also). Southern Med. (etc.). Savannah, 1904, XI, p. 260-268. — (Also). Charlotte (N. C.) Medical Journal, 1905, t. XXVI, p. 24-27. — (Also). New-York Medical Journal, 1905, t. LXXXI, p. 379-383.

Thirial. — Union Médicale, 1855.

Thomas. — Relation de deux cas de fièvre typhoïde, avec perforation et opération. Journal of the American Medical Association 1905, t. XLV, p. 1494.

Thornton et Godwin. — Lancet, 17 août 1901.

Trornton et Sanders. — Un cas de guérison après opération pour perforation dans la fièvre typhoïde. Lancet, 1904, I, p. 1723. — (Also). Southern African Medical Record. Cape-Town, 1904, II, p. 104. — (Also). Saint-Mary's Hospital Gazette. London, 1904, t. X, p. 124.

Tournier. — De l'intervention chirurgicale dans quelques maladies de l'intestin. Revue générale de Clinique, n° 14, p. 209.

Toussaint. — Perforation intestinale avec adénopathie suppurée du mésentère au cours de la fièvre typhoïde. Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris, 23 mai 1906, n. s., XXXII, p. 513.

— Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, 1er avril 1908.

Trésoret. — Des perforations intestinales. Thèse de Paris, 1880.

Trousseau. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.

Truc. — Intervention dans péritonite. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

Tuffier. — Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 11 mars 1908, p. 351.

Turner. — Opération précoce dans la perforation typhique. Australasian Medical Gazette. Sydney, 1904, t. XXIII, p. 334.

Vallin. — Archives générales de Médecine, 1873.

Van Kook. — Laparotomie pour perforation intestinale dans la fièvre typhoïde, avec la relation d'un cas guéri. Medical News, 21 novembre 1895, p. 595.

Variot. — Société de Pédiâtrie, 14 novembre 1899.

Vaughan. — Le traitement chirurgical de la fièvre typhoïde, avec étude spéciale de la perforation de l'intestin et de l'hémorragie. Washington. Medical Annals, 1906-1907, t. V, pp. 31-47.

Vincent (M. H.). — Etude sur les résultats de l'association du streptocoque et du bacille typhique. Annales de l'Institut Pasteur, 1893, t. VII, p. 141.

Vincent. — Fièvre typhoïde compliquée de perforation intestinale au trente et unième jour ; péritonite diffuse ; laparotomie et suture de l'intestin ; guérison. Bulletin Médical de l'Algérie, 1903, 2e s., I, p. 144.

Voorsanger. — Traitement de la perforation typhique, avec relation d'un cas. American Medicine, 1903. t. VI, p. 318.

Wallace. — Un cas de fièvre typhoïde chez un natif de l'Inde ; perforation ; mort. Journal of the Royal Army Medical Corps. London, 1907, VIII, p. 180.

Walther. — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 26 décembre 1900.

Warring. — Cinq cas de perforation intestinale dans la fièvre typhoïde, traitée par l'opération. Transactions Clinical Society, London, 1902-1903, t. XXXVI, pp. 110-117.

Wessinger. — Un cas de fièvre typhoïde avec ulcère perforant de l'intestin. Phys. and Surg., Détroit and Ann. Arbor, 1905, ns. VII, p. 501.

West. — Fièvre typhoïde ambulatoire avec perforation ; opération et guérison. Journal of the Royal Army Medical Corps, London, 1904, t. III, p. 655.

White. — Un cas de fièvre typhoïde ; mort après ulcération. Montreal Medical Journal, 1907 t. XXXVI, p. 607.

— Fièvre typhoïde ; perforation ; opération ; guérison. Washington Medical Annals, janvier 1907.

Willmoth. — Aspects chirurgicaux de la fièvre typhoïde. American Practit. and News. Louisville, 1903, t. XXXXVI, pp. 206-212.

Wilson. — Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde et son traitement. Alabama Medical Journal. Birmingham, 1904-1905, t. XVII, pp. 13-19.

— Rapport sur les perforations typhiques. Mobile Medical and Surgical Journal, 1905, t. VII, pp. 172-177.

Wilson et Ross. — Un cas d'ulcère perforé dans la fièvre typhoïde. Philadelphia Medical Journal, 2 mai 1903, t. XI, p. 748.

Winslow Anderson et d'Arcy Power. — Un cas intéressant de perforation intestinale dans la fièvre typhoïde compliquée par une appendicite ; opération ; guérison. Pacific Medical Journal, octobre 1902, p. 585.

Woolsey (G.). — Perforation typhique de l'iléon. Annals of Surgery, 1906, t. XLIII, p. 446.

— Observations sur le diagnostic et le traitement de la perforation typhique. Annals of Surgery, 1906, t. XLIII, pp. 652-664. — (Also). Medical and surgical Reports Presbyterian Hospital. New-York, 1906, VII. p. 150-158.

— Le diagnostic et le traitement de la perforation typhique. Annals of Surgery, 1906, XLIII, p. 941.

Wright. — Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. Therapeutic Gazette, Détroit, 1905, 3. s., XXI, pp. 368-373.

Yule. — Edinburgh Medical Journal, 1899, ns. V, p. 360.

Zésas. — Sur les résultats de la thérapeutique chirurgicale de la péritonite typhique par perforation. Wiener Klinik, 1904, t. XXX, pp. 317-348.

Zinsser. — Un cas d'infection péritonéale par bacille typhique sans perforation intestinale. Proceedings of the New-York Path. Society, 1907-1908, n. s., VII. p. 165.

Imp. de la Faculté de Médecine, Henri Jouve, 15, Rue Racine, Paris.